

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE RESULTADOS DE TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN CONTEXTO NATURAL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA¹

Adrián Margni*, María Fernanda Molina**,
Natalia Sartori*, María Eugenia Rebull*
y Laura Vazquez*

Resumen

Desde los años 50 se realizaron grandes esfuerzos para demostrar la eficacia de la psicoterapia. Si bien los resultados fueron positivos los cuestionamientos sobre la validez externa de los ensayos controlados llevó a la necesidad de probar la efectividad clínica en condiciones naturalísticas. La amplia diversidad de ámbitos en los que actualmente se ejerce la psicoterapia hace necesario extender los estudios de resultados con el fin de incluir contextos de tratamientos escasamente testeados y cuyas características de atención difiere significativamente de los mayormente investigados. El propósito de este estudio fue el de informar los resultados de una muestra local de tratamientos conducidos en forma naturalística y compararla con la reportada en Hansen, Lambert y Forman (2002) extraída de múltiples ensayos clínicos en Estados Unidos. La muestra local estuvo constituida por 274 pacientes de psicoterapia atendidos en un centro asistencial de la Ciudad de Buenos Aires. Se usó un diseño no experimental con mediciones de la severidad sintomática previo a cada sesión de terapia. Se hallaron reducciones estadísticamente significativas en las medidas pre y post tratamiento con magnitudes de efecto entre moderadas y fuertes. La proporción de pacientes que reportaron algún tipo de mejoría fue superior a la muestra de contraste. En ambos estudios se observó un amplio porcentaje de terminaciones prematuras de los tratamientos. Implicaciones clínicas de estos hallazgos son discutidas.

Palabras clave: Eficacia. Efectividad. Psicoterapia en Argentina. Terminación prematura. Contraste de resultados.

Key words: Efficacy. Effectiveness. Psychotherapy in Argentina. Early Termination. Outcome contrast.

Introducción

En los últimos 60 años han existido diversos motivos para estudiar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos. El ampliamente citado trabajo de Eysenck (1952) ha sido uno de los primeros estudios

en promover la necesidad de validar empíricamente la eficacia general de la psicoterapia. Esto ocurrió particularmente porque los resultados arrojados contradecían el sentido común que daba por sentado que la terapia era un método útil para el alivio del malestar psíquico. Paralelamente por esos años la demanda asistencial fue incrementándose en forma significativa y los tipos de consultantes fueron diversificándose. El número y tipo de profesionales dedicados a su ejercicio mostró el mismo patrón de expansión. Este crecimiento lógicamente no podía sostenerse dentro de un vacío de legitimidad científica por lo que los psicoterapeutas se vieron llevados a la necesidad de testear de manera científica

* Adrián Margni, Natalia Sartori, María Eugenia Rebull y Laura Vazquez. Centro Privado de Psicoterapias, Buenos Aires, Argentina

** María Fernanda Molina. Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) y de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires

E-Mail: adrian_margni@yahoo.com.ar

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 15-24
© 2012 Fundación AIGLÉ.

(1) Agradecimientos: Los autores agradecen la colaboración de todos los terapeutas del Centro Privado de Psicoterapias que participaron en el presente estudio.

la eficacia de sus procedimientos (Lambert, Bergin y Garfield, 2004).

El primer objetivo por ese entonces era el de determinar que los resultados terapéuticos podían ser superiores a los cambios dados por el simple paso del tiempo. También era necesario demostrar que los procedimientos psicológicos eran los principales responsables de los cambios producidos y no producto de la influencia de factores inespecíficos tales como el sentirse escuchado, entendido o contenido por un profesional a quien se le atribuye cierto grado de pericia (Smith, Glass y Miller, 1980).

Por otra parte, la administración de los recursos de los servicios de salud fue progresivamente recayendo en organismos encargados de su gerenciamiento. En este contexto fue surgiendo rápidamente la necesidad de ofrecer evidencia empírica sobre los resultados psicológicos en materia asistencial. No hacerlo podría conllevar un serio riesgo para la justificación de la asignación de recursos necesarios para el mantenimiento de las prácticas psicoterapéuticas dentro de los planes de salud (Beutler, 1998).

Paralelamente la enorme industria psicofarmacológica puso frente a los ojos del público consultante una alternativa para el alivio del malestar psíquico. De esta forma la psiquiatría apareció como un rival directo de la psicoterapia generando la necesidad de estudiar y comparar los resultados de ambos métodos (Lambert y cols., 2004).

En las últimas décadas se condujeron múltiples y variados estudios con el objetivo de testear la eficacia psicoterapéutica. Sumado a ello, nuevas técnicas estadísticas permitieron unificar y analizar gran cantidad de estudios individuales y llegar a conclusiones más generales acerca de la eficacia general de los tratamientos. Tanto los meta-análisis como los meta-meta análisis realizados para tal fin fueron absolutamente coincidentes respecto de la superioridad de los tratamientos psicoterapéuticos por sobre la ausencia de tratamiento e incluso sobre cualquier tratamiento "placebo". Estos estudios fueron de suma relevancia para establecer la validez empírica de esta disciplina (Smith y Glass, 1977; Smith y cols., 1980; Shapiro y Shapiro, 1982; Lipsey y Wilson, 1993).

Sin embargo, en el último tiempo los investigadores comenzaron a cuestionar la validez externa o ecológica de las investigaciones conducidas en contextos controlados. Diversos autores fueron notando que los terapeutas en condiciones naturalísticas de atención no siempre seguían los protocolos de tratamientos tal como habían sido diseñados y testeados en las investigaciones de eficacia. Incluso en la mayoría de los casos no seguían ni siquiera un modelo teórico único y la tendencia mayoritaria

era la de integrar y utilizar diversos procedimientos de diferentes marcos teóricos dentro de un mismo tratamiento (Kopta, Saunders, Lueger, y Howard, 1999). Con ello fue advirtiéndose que existen significativas diferencias entre la llamada "Terapia en Contextos de Investigación" (TCI) y la "Terapia en Contextos Naturalísticos" (TCN). Puesto en términos conceptuales, no necesariamente un tratamiento "eficaz" debe considerárselo también "efectivo". Dicho de otro modo la cuestión empezó a girar en torno de la posibilidad de extrapolar los resultados de las investigaciones controladas a las condiciones clínicas (Golfried y Wolfe, 1998).

Si bien algunas investigaciones han demostrado que la psicoterapia es efectiva también en contextos no controlados (Shadish y cols., 1997), quedan varios interrogantes por responder. Así como las condiciones de tratamiento son bastante diferentes entre la TCI y la TCN, también existen variaciones de gran consideración *entre* contextos naturalísticos. En otras palabras, así como es necesario probar que la psicoterapia es efectiva *en los ámbitos donde habitualmente se practica*, también es necesario determinar si existen diferencias *entre* resultados de tratamientos en diferentes contextos regionales. Esto es particularmente relevante debido a que existen diferencias bastante marcadas en las condiciones de ejercicio de la práctica psicoterapéutica de un contexto sociocultural a otro. Estas se pueden apreciar en al menos cinco ámbitos: a- las modalidades de formación y acreditación para el ejercicio profesional, b- las condiciones donde se practica la psicoterapia, c- el tipo de afiliación teórica de diferentes regiones, d- las expectativas de los pacientes y las representaciones sociales acerca del rol del psicólogo y e- los tipos de problemáticas de cada región. Puesto en otras palabras, así como es evidente que la psicoterapia no puede demostrar su eficacia basándose exclusivamente en ensayos clínicos controlados, tampoco puede extrapolarse la efectividad de una región a otra obviando las enormes diferencias antes mencionadas. La complejidad de esta tarea propone un gran desafío tanto a clínicos como investigadores y reclama el desarrollo de evidencia que incluya la diversidad propia de cada contexto sociocultural.

A pesar de que en Argentina la psicoterapia cuenta con un amplio desarrollo y anclaje cultural es realmente escasa la evidencia empírica sobre su efectividad terapéutica. En nuestra región existe una carencia de datos referente al estudio de los efectos de los tratamientos, su adecuación a las distintas patologías, los ingredientes activos de diferentes abordajes terapéuticos, entre otras (Roussos, 2001). En torno a esta cuestión Mustaca y Vera-Villaruel (2006) realizaron una revisión bibliométrica de las

investigaciones basadas en la evidencia en Psicología Clínica publicadas entre 1990 y 2005 en tres de las principales revistas chilenas y argentinas. Como resultado los autores hallaron escasas publicaciones sobre investigaciones empíricas en psicología clínica en ambos países. Sólo el 5,9 % de la producción chilena y el 2,29 % de la producción argentina evaluada en este estudio se dedicaron a validar o buscar evidencia empírica respecto de técnicas o programas de intervención terapéutica.

En el caso de la investigación empírica en Chile pueden observarse algunos trabajos relevantes en esta área como por ejemplo los reportados en Vera-Villaruel (2004) donde se estudió la efectividad de intervenciones cognitivo conductuales en diferentes pacientes como ser adolescentes embarazadas con síntomas depresivos, mujeres con trastornos mixtos ansioso-depresivos, adultos mayores con sintomatología ansiosa y depresiva, personas con depresión y timidez, y adultos con problemas de hipertensión arterial.

En el caso de la investigación empírica en Argentina pueden destacarse algunas investigaciones clínicas de gran relevancia como ser el Estilo Personal del Terapeuta (Fernández Álvarez y García, 1998), las Características de los Casos Difíciles o Complejos de Tratar (Torrente, Margni, Harf, y cols., 2005; Margni, Vazquez, Sartori y cols., 2009) y el Estudio Exploratorio sobre la Formulación de Casos en Terapia Breve (Torrente, Trica, Harf y cols., 2006).

Si bien en la última década se aprecia en los congresos regionales un creciente número de investigaciones empíricas en psicoterapia, su desarrollo ha estado orientado principalmente al estudio de procesos más que de resultados terapéuticos. Posiblemente el trabajo más importante en el ámbito de la investigación de resultados psicoterapéuticos sea el programa de investigación sobre seguimiento de pacientes asistidos en la Fundación Aiglé y el estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario de resultados OQ-45.2 en su adaptación argentina, trabajo realizado por dicha institución en colaboración con el Centro Privado de Psicoterapias (Fernández Álvarez, Hirsch, Maristany y Torrente, 2005). Sin embargo, estos estudios no alcanzan a representar la gran variedad de contextos de ejercicio de la práctica psicoterapéutica y se hace evidente la necesidad de seguir conduciendo investigaciones de resultados para contar con parámetros locales de efectividad. Esta línea de trabajo podría generar importantes aportes para la validación regional de la efectividad psicoterapéutica.

Resultados de Estudios de Efectividad reportados en Hansen y cols. (2002)

Los ensayos clínicos randomizados han sido tradicionalmente utilizados para probar la eficacia de la psicoterapia. Dada su naturaleza experimental, cuidadosos diseños debieron implementarse para controlar variables que podrían interferir en la explicación de los resultados. El nivel de entrenamiento de los terapeutas, el uso de manuales de tratamientos, el monitoreo de la implementación de las técnicas testeadas, la cuidadosa selección de las características de los pacientes (normalmente carentes de comorbilidades) fueron variables particularmente controladas con el fin de evitar posibles confundidores en la interpretación de los resultados finales. Sin embargo, este tipo de requisitos generalmente no son seguidos en condiciones naturalísticas por lo que algunos investigadores comenzaron a interesarse particularmente por la relevancia que estas diferencias podrían traer sobre los resultados psicoterapéuticos (Shadish y cols., 1997). En el estudio de Hansen y cols. (2002) se reportó que la tasa de mejoría en estudios controlados se ubicó entre el 57,6% y el 67,2% con promedios de sesiones del 12,7%. Por otra parte los estudios en condiciones naturalísticas mostraron que solo el 20% de los pacientes alcanzan criterios de mejoría con promedios de sesiones inferiores a cinco. Con ello se observó que tanto las tasas de mejoría como los promedios de sesiones son bastante inferiores en las condiciones naturalísticas. Dichos autores interpretaron estos hallazgos como evidencia de una insuficiente exposición terapéutica de los pacientes en los contextos naturalísticos de atención (Hansen y cols., 2002; Hansen y Lambert, 2003).

Estos datos reforzarían la posición respecto de la dificultad de interpretar o juzgar los resultados psicoterapéuticos independientemente del ámbito en el que son conducidos. Por consiguiente se vuelve relevante el desarrollo de investigaciones cuyo fin sea extender la validación de la efectividad terapéutica a contextos escasamente testeados. Dentro de este marco conceptual, el propósito general del presente trabajo es informar los resultados de una muestra local de tratamientos conducidos en forma naturalística y compararla con la reportada en Hansen y cols. (2002) extraída de múltiples ensayos clínicos en Estados Unidos. Los objetivos específicos son estudiar la proporción de casos que al final del tratamiento cumplían criterios de “mejoría” y “recuperación”, y compararlas con las reportadas en el estudio de contraste. Así como informar la magnitud con la que se produjo la reducción de la severidad

sintomática desde el inicio hasta la finalización de los procesos terapéuticos.

Método

Participantes

Pacientes: Se incluyeron 274 pacientes entre 18 y 65 años. Los pacientes llegaron al centro donde se realizó el presente estudio por intermedio de su obra social o seguro médico. Los procedimientos habituales de la institución incluyen una entrevista de admisión con un especialista en coordinación de tratamientos quien realiza la evaluación del motivo de la consulta y a partir de ello realiza la derivación con el profesional que considere más pertinente. Se excluyeron de la investigación pacientes con trastornos alimentarios graves y problemas de dependencia de sustancias debido a que los procedimientos habituales de la institución implican la derivación de dichos casos a centros especializados.

El promedio de edad de los consultantes fue de 35 años (DS 11) y en su mayoría del sexo femenino (74,5%). Los pacientes incluidos en el estudio en su mayor parte solicitaron asistencia por cuestiones vinculadas con problemáticas interpersonales (74,7%), seguidas por quejas sintomáticas (58,7%) tales como estrés, ansiedad y depresión; y consultas vinculadas con problemas de funcionamiento académico-laborales (34,2%). La proporción de desocupados fue de alrededor del 19,8%, el 86,6% reportó un nivel de educación mayor a 12 años (secundario completo o superior), el 44% refirió estar casado o en pareja y la mayor parte de los consultantes vive en zonas urbanas de clase media

Terapeutas: El promedio de edad de los terapeutas fue de 30 años con un mínimo de dos años de experiencia profesional. La mayor parte de ellos cuenta con formación tanto en el modelo de Terapia Sistémica como en el de Terapia Cognitivo Comportamental. Prácticamente ningún tratamiento fue conducido siguiendo un modelo estricto ni un protocolo estandarizado para algún tipo de patología. Todos los profesionales completaron una planilla de registro de cada sesión que funciona tanto de historia clínica del paciente como de organizador y estructurador del proceso de tratamiento (Casabianca y Hirsch, 2009). Las intervenciones estuvieron basadas y fueron seleccionadas según las características del caso y la estrategia de tratamiento. Dentro de un mismo tratamiento pudieron haberse usado más de una técnica proveniente de un marco teórico diferente. Por ejemplo, en un momento del tratamiento pudieron prevalecer intervenciones provenientes del modelo de Terapia Breve de Palo Alto, de la Terapia Familiar de Minuchin o de la Terapia estratégica de Haley, luego adoptar una orientación más narrativa de autores como Michel White y en algún momento incorporar herramientas de trabajo cognitivo de Beck. En muy pocas ocasiones se formuló un diagnóstico psiquiátrico y la tendencia mayoritaria fue la de conceptualizar el caso en forma interaccional y situacional. Los orientaciones principales fueron la de formular un foco de tratamiento acotado y centrado en el aquí y ahora (Hirsch y Rosario, 1987)

La participación en la investigación fue ofrecida a todos los terapeutas de tres grupos de supervisión formados por 20 profesionales cada uno de ellos. La aceptación fue de alrededor del 40%.

Características del Centro Psicoterapéutico: El centro psicoterapéutico del cual fue extraída la muestra tiene una importante trayectoria en el ofre-

Tabla 1. Porcentajes según motivos de consulta

MOTIVOS DE CONSULTA	PORCENTAJES
Presencia de quejas sintomáticas	58,7%
Presencia de problemáticas interpersonales	74,7%
Presencia de problemas de funcionamiento laboral y académico	34,2%

Nota: Cada tratamiento puede haber contenido más de un motivo de consulta

Tabla 2. Características sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	PORCENTAJES
Mujeres	74,5%
Desocupados	19,8%
Secundario completo	86,6%
Casados o en pareja	44%

cimiento de programas gerenciados de salud mental tanto a servicios de seguro médico prepago, obras sociales como a *pacientes particulares*. El modelo prevaleciente es el de la Terapia Focalizada, partiendo de una visión integral de la persona como un sujeto inmerso en un sistema social más amplio. La formación continua de los profesionales de su staff está basada en la transmisión de una actitud psicoterapéutica orientada hacia la resolución de problemas y el desarrollo de intervenciones estratégicas dentro de un contexto sistémico más amplio. El Centro organiza reuniones de supervisión con la finalidad de que cada uno de sus terapeutas cuente con al menos un encuentro semanal a su disposición. En el marco de estas reuniones se supervisan casos, se evacuan dudas y se participa de actividades de formación y actualización profesional.

Diseño

Se realizó un estudio observacional, longitudinal donde se estudió la evolución de un grupo (panel) de pacientes previa y posteriormente a la implementación de tratamientos psicoterapéuticos. La selección de los sujetos se hizo de modo intencional (no probabilística) respetando el orden consecutivo con el cual se presentaban a la consulta.

Selección de la muestra: Los terapeutas de tres reuniones de supervisión fueron ofrecidos para participar. A partir del inicio de la investigación, cada uno de ellos ofreció a un número consecutivo de pacientes la posibilidad de evaluar por intermedio de un cuestionario la evolución del tratamiento. Los pacientes voluntariamente aceptaron participar de la investigación firmando un consentimiento informado para tal fin. El criterio de inclusión estaba restringido exclusivamente a pacientes entre 18 y 65 años. Ninguna restricción diagnóstica fue impuesta. No hubo indicaciones acerca de cómo conducir el tratamiento más allá de las promovidas por la institución (Hirsch y Rosarios, 1987). Los pacientes fueron evaluados previamente a la sesión inicial y al inicio de cada sesión psicoterapéutica por el lapso que duró su tratamiento.

Instrumentos

Se utilizó el Outcome Questionnaire 45 (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse y Yanchar, 1996), en su adaptación al español (De la Parra, Von Bergen y Del Río, 2002) y adaptada en Buenos Aires por Fernández-Álvarez, Hirsch, Maristany y Torrente (2005).

Este cuestionario fue diseñado para evaluar resultados psicoterapéuticos. Cuenta con tres subes-

calas: malestar sintomático, relaciones interpersonales y problemas de funcionamiento. Consta de 45 ítems con una escala likert de 5 opciones de respuesta. La suma de las tres escalas ofrece el resultado total. El índice de cambio confiable (ICC) calculado para nuestra región fue de 16 puntos y el puntaje de corte (PC) de 51 puntos (Fernández-Álvarez y cols., 2005). El cuestionario está especialmente diseñado para ser administrado rutinariamente previo a cada sesión psicoterapéutica. El tiempo necesario para completar el cuestionario fue cercano a los 5 minutos. La consistencia interna del instrumento fue reportada en 0,923, la confiabilidad test-retest en 0,864 y la validez concurrente en $r=0,540$, $p<0,001$ (Symptom Checklist-90-Revised) (Derogatis, 1994) y $r=0,617$, $p<0,001$ (Inventory of Interpersonal Problems, Horowitz, 1988).

Análisis de datos

Se calcularon las frecuencias relativas de los motivos de consulta reportados por los profesionales, el nivel educativo y el estado civil de los participantes. Se calcularon los percentiles para el número de sesiones y se obtuvieron los estimadores de tendencia central de los niveles de severidad sintomática al inicio y al final del tratamiento. Se realizó un Prueba T para muestras relacionadas y se calculó su p-valor correspondiente. El valor de significación fue establecido en 0,05. Por último, fueron reportados datos relativos al porcentaje de pacientes que alcanzaron criterios de mejoría y mejoría clínica. Las categorías de respuesta final fueron determinadas usando el ICC y el PC según fue descrito en Jacobson y Truax (1991).

Los pacientes fueron categorizados según la diferencia de puntuaciones entre la primer y última sesión. Cuando la diferencia fue menor o igual que -16 (reducción igual o mayor a un ICC) se consideró que se produjo un "Deterioro". Quienes estuvieron entre -15 y 15 fueron categorizados como "Sin cambios". Los que tuvieron una diferencia mayor o igual que 16 (ICC) se consideró que habían "Mejorado". Si había "Mejorado" y su puntuación final fue inferior a 51 (PC) se consideró que había tenido una "Mejoría Clínica Significativa" o que estaba "Recuperado"

Para la comparación de categorías entre ambas muestras se hizo un test para la diferencia de proporciones y luego se obtuvo el p-valor correspondiente. También se hizo un test de diferencia de medianas para comparar las duraciones de tratamientos entre ambas muestras.

Resultados

Efectividad del Tratamiento

Los resultados muestran diferencias significativas entre las medidas pre-tratamiento y las evaluaciones obtenidas en la última sesión asistida. El promedio del OQ45 inicial (pre-tratamiento) fue de 73,41 (DE 24,81) y el promedio de la última sesión evaluada fue de 59,31 (DE 26,82) (Tabla 3). La prueba T para muestras relacionadas dio una diferencia de medias (pre-post) de 14,099 puntos (DE= 20,50) con un P-valor <0,001. El Intervalo de Confianza (95%) para la estimación de la diferencia de medias [11,660; 16,538] incluye el valor hallado (Tabla 4).

Los datos muestran que los pacientes redujeron sus niveles de severidad sintomática en forma estadísticamente significativa (P-valor <0,001).

El tamaño del efecto calculado para la diferencia de medias fue de 0,71. Siguiendo los lineamientos propuestos por Cohen (1988) dicho valor estaría

indicando un tamaño de efecto para el tratamiento recibido entre moderado y fuerte.

Proporciones de Pacientes según Categorías de Respuesta

Los pacientes fueron categorizados según el tipo de respuesta final. El porcentaje de pacientes deteriorados fue del 4,4% y el 53,6% no reportaron cambios. Por otra parte, el 18,2% de los pacientes alcanzaron criterios de mejoría y el 23,7% de la muestra total alcanzó criterios de mejoría clínica significativa (Tabla 5).

Duración de Tratamientos y Resultados

El 25% de los pacientes asistieron a 3 o menos sesiones, la mitad asistió a 6 o menos sesiones y en la sesión 10 ya el 75% de los pacientes había dejado de asistir. El promedio total de sesiones fue de 7,21 (DS: 4,71) (Tabla 6).

Tabla 3. Medidas pre y post tratamiento

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍP.	ERROR TÍP. DE LA MEDIA	CORRELACIÓN PRE - POST
Pre-tratamiento	73,41	24,811	1,499	0,687*
Post-tratamiento	59,31	26,827	1,621	

*p-valor < 0,001

Tabla 4. Prueba T de muestras relacionadas

	DIFERENCIAS RELACIONADAS						
	MEDIA	DESVIACIÓN TÍP.	ERROR TÍP. DE LA MEDIA	95% INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA DIFERENCIA			
				INFERIOR	SUPERIOR	T	GL
Dif. Pre-Post	14,099*	20,507	1,239	11,660	16,538	11,380	273

*p-valor <0,001

Tabla 5. Porcentajes según categoría de resultados

CATEGORÍAS DE RESULTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deterioro	12	4,4
Sin cambios	147	53,6
Mejoría	50	18,2
Mejoría Clínica Significativa	65	23,7

Tabla 6. Percentiles del número de sesiones asistidas

PERCENTILES	Nº SESIÓN
25	3,00
50	6,00
75	10,00

Observando la mediana de sesión y la proporción de resultados positivos alcanzados en este punto, se podría decir que el típico paciente recibió un tratamiento cercano a 6 sesiones con una probabilidad de mejoría de 0,15. Si se compara este valor con la probabilidad de mejoría final (0,42) se observan diferencias bastante amplias. Lo mismo ocurre con el criterio de mejoría clínica significativa, la probabilidad de alcanzar esta categoría pasa de 0,07 en la sesión mediana a 0,23 una vez finalizado el tratamiento.

Comparación de datos locales con el estudio de contraste

Ambos estudios difirieron estadísticamente en 5 de las 8 comparaciones realizadas. En primer lugar el estudio local reportó menor proporción de pacientes con deterioro, mayor proporción de casos con resultado final positivo (mejoría estadística o clínica)

y mayor proporción de recuperados, es decir, que alcanzaron estrictamente criterios de mejoría clínica significativa. A su vez, en el estudio de Hansen y cols., 2002 la mediana de cantidad de sesiones fue 3 resultando estadísticamente inferior al estudio local (6 sesiones). No se hallaron diferencias significativas en el número de pacientes clasificados como "sin cambios". Por último, se compararon los porcentajes de quienes obtuvieron resultados positivos en el punto donde la mitad de los pacientes estaba aún en tratamiento. Aquí la diferencia de proporciones fue estadísticamente inferior respecto de la muestra de contraste (Tabla 7).

Discusión

El propósito de este estudio fue el de informar los resultados de una muestra local de tratamientos conducidos en forma naturalística y compararla con la reportada en Hansen y cols. (2002), extraída de múltiples ensayos clínicos en Estados Unidos.

Los resultados hallados mostraron una reducción estadísticamente significativa de la severidad sintomática entre el inicio y la última sesión de tratamiento recibida. Siguiendo los lineamientos propuestos por Cohen (1988) la magnitud del efecto de dicha diferencia fue entre moderada y fuerte ($d: 0,71$). Con ello se puede afirmar que los tratamientos psicoterapéuticos recibidos han resultado efectivos en la mejoría sintomática de los consultantes.

Tabla 7. Comparación de datos locales con el estudio de contraste (Hansen y cols. 2002)

CATEGORÍA	ESTUDIO LOCAL	ESTUDIO DE CONTRASTE	P-VALOR
N	274	6072	
Deterioro	4,4%	8,2%	0,0107*
Sin cambios	53,6%	56,8%	0,1446
Mejoría	18,2%	20,9%	0,1314
Mejoría Clínica Significativa (MCS)	23,7%	14,1%	<0,001*
Mejoría + MCS	41,9%	35%	0,0089*
Mejor (# Mediana Sesión)	15,7%	16,6%	0,0122*
Mejoría Clínica Significativa (# Mediana Sesión)	7,7%	6,5%	0,197
Promedio de sesiones	7,3 (DS:4,7)	4,3 (DS:3,5)	
Mediana Sesión	6	3	<0,01*

*diferencia estadísticamente significativa

Nota: La tabla VII ha sido construida en base a los datos reportados por Hansen y cols. (2002) extraídos de una base de datos con más de 6000 pacientes evaluados en condiciones naturalísticas de tratamiento. Las categorías "Mejor (# Mediana Sesión)" y "Mejoría Clínica Significativa (# Mediana Sesión)" se refieren al porcentaje de pacientes que habían mejorado cuando la mitad de los pacientes estaba en tratamiento.

Tomando las categorías de resultados finales se hallaron las siguientes proporciones. El resultado más probable fue “sin cambios” con un 53,5% de pacientes en esta categoría. Un 41,9% de consultantes finalizó el tratamiento categorizados como “mejor”, esto es logrando al menos reducciones estadísticamente significativas de la severidad sintomática. Una pequeña proporción cercana al 8% empeoró y casi un cuarto de los casos finalizaron el tratamiento “recuperados”, es decir, mejorando tanto estadística como clínicamente.

En la comparación con la muestra de contraste se pudieron observar diferencias positivas favorables al estudio local, básicamente una mayor proporción de casos con algún tipo de mejoría (estadística o clínica), mayor proporción de pacientes con mejorías clínicas significativas y menor porcentaje de pacientes que empeoraron (deterioros). Estas diferencias deben ser interpretadas con cautela debido a que pueden existir sesgos inherentes al proceso de selección no probabilístico de la muestra que pueden haber influido sobre los resultados obtenidos.

Respecto de la duración de tratamientos también se reportaron diferencias. En el caso del estudio local el promedio de sesión fue cercano a 7 y la mediana de 6. Por su parte, el estudio de contraste reportó un promedio de sesión algo superior a 4 y una mediana de 3. Esto indica que hubo una mayor exposición media de los pacientes en la muestra local. Esta diferencia es probable que haya influido en la mayor proporción de casos que mejoraron dentro de la muestra local.

Contrariamente a las expectativas de muchos terapeutas se observa que los pacientes tienden a asistir a un número relativamente breve de sesiones. Esto da cuenta de la relevancia de las primeras sesiones ya que en muchas ocasiones será todo lo que el paciente reciba como tratamiento.

Terminación prematura

El número de sesión en donde la mitad de los pacientes ha dejado de asistir puede ser tomado como un representante de la duración típica. Se observó en la muestra que el típico paciente recibió un tratamiento breve (cercano a 6 sesiones) con una probabilidad de mejoría baja. Si se compara este valor con la probabilidad de mejoría final se observan diferencias bastante amplias. Lo mismo ocurre con el criterio de mejoría clínica significativa, la probabilidad de alcanzar esta categoría aumenta considerablemente luego de transcurridas las primeras 6 sesiones. Con ello es posible inferir que un amplio porcentaje de pacientes obtiene alguna mejoría luego de haber asistido a *por lo menos* 6 sesiones de terapia. Si definimos un abandono prematuro como

la terminación de un tratamiento sin haber conseguido resultados positivos, se puede observar que esto ocurre con mayor probabilidad en las primeras seis sesiones. Esto resulta clínicamente relevante ya que muestra la importancia de las sesiones iniciales como foco de trabajo para evitar el abandono prematuro. En este sentido cualquier planificación de tratamiento debería incluir la evaluación del riesgo de que este evento ocurra y algún mecanismo para corregir el curso terapéutico con el fin de reducirlo. Vale aclarar que lo expresado no debe ser interpretado como una sugerencia hacia el aumento de la duración de los tratamientos en forma indiscriminada. Todo lo contrario, es necesario el desarrollo de herramientas con las que identificar más específicamente quiénes están en riesgo de terminar prematuramente el tratamiento y evitar una insuficiente exposición terapéutica. El programa denominado “Investigación Centrada en el Cliente” es un excelente ejemplo del beneficio clínico que esto puede conllevar (Lambert, Harmon, Slade, Whipple y Hawkins, 2005).

Conclusiones

Se pudo observar que los tratamientos psicoterapéuticos de la muestra local resultaron efectivos en la reducción de la severidad sintomática de los pacientes. La proporción de mejorías finales (tanto estadísticas como clínicas) es por lo menos equiparable a la observada en la muestra de contraste. La duración de los tratamientos resultó ser relativamente breve. En las sesiones iniciales es donde el mayor porcentaje de pacientes finaliza el tratamiento sin haber logrado aún criterios de mejoría. Poner esfuerzos en la detección temprana de pacientes en riesgo de abandono prematuro posibilitaría pensar en cambios clínicos orientados al aumento de la permanencia en terapia el tiempo mínimo necesario para el logro de alguna clase de mejoría. Muy posiblemente esto podría influir en un incremento general del porcentaje de resultados positivos.

Limitaciones y futuras investigaciones

Una de las principales fortalezas de este estudio es el haber trabajado con pacientes y terapeutas en las condiciones habituales donde se conducen los tratamientos. Si bien esto posibilita una mayor validez externa de los resultados también conlleva varias limitaciones. Las generalizaciones deben hacerse con cautela debido a que el tipo de selección (no probabilística) de pacientes y terapeutas puede haber introducido diversos sesgos en los resultados. Por otra parte, los terapeutas tenían acceso a los resultados de los cuestionarios previo a cada

sesión. Esto pudo haber generado un proceso autocorrectivo espontáneo del curso de la terapia induciendo a cambiar el curso de la terapia (voluntaria o involuntariamente) en aquellos casos que no mostraban mejorías. Evidencia de este fenómeno ha sido ampliamente estudiada (Lambert y cols., 2005). De todos modos esto no invalida la posibilidad de tomar los resultados hallados como parámetros de referencia para su contraste con otros.

Como se ha mostrado a lo largo de este trabajo, el estudio empírico de la efectividad local de la psicoterapia es una tarea necesaria para su legitimación como práctica basada en la evidencia. A pesar de la existencia de datos producidos en otros contextos que avalan su efectividad, el esfuerzo por regionalizar la evidencia no puede ser eludido. Futuras investigaciones deberían continuar repitiendo estudios naturalísticos con el fin de ampliar los parámetros con los que contrastar los resultados de terapeutas, instituciones y regiones. Este trabajo ha intentado ser un aporte en esta dirección.

BIBLIOGRAFÍA

- Beutler, L. (1998) Identifying Empirically Supported Treatment: What If We Didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66,1, 113-120.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^{na}). Edit. Hillsdale, N.J., Erlbaum (primera edición, 1977, New York: Academic Press)
- De la Parra, G., Von Bergen, A. y Del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40, 201-209.
- Derogatis, L (1994) *SCL-90-r. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Eysenck, H. (1952), The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fernandez Álvarez, H., Hirsch, H., Maristany, M. y Torrente, F (2005) Adaptación del OQ45.2. Presentado en el IV Congreso Mundial de Psicoterapia. Buenos Aires. Argentina
- Fernández-Álvarez, H. y García, F. (1998). El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación. En: S. Gril, A. Ibáñez, I. Mosca y P.L.R. Sousa (Eds.), *Investigación en Psicoterapia* (pp. 76-84). Pelotas: Educat.
- Goldfried, M. y Wolfe, B. (1998). Toward a More Clinically Valid Approach to Therapy Research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1, 143-150.
- Hansen, N. y Lambert, M. (2003). An Evaluation of the Dose-Response Relationship in Naturalistic Treatment Setting Using Survival Analysis. *Mental Health Services Research*, 5, 1, 1-12.
- Hansen, N., Lambert, M. y Forman, E. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implication for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Hirsch, H y Rosarios, H. (1987). *Estrategias Institucionales: la organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir.
- Horowitz, L., Rosenberg, S., Baer, B., Ureno, G. y Villaseñor, V. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 6, 885-892.
- Howard, K., Kopta, S., Krause, M. y Orlinsky, D. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 2, 159-164.
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 12-19
- Kopta, S., Saunders, S., Lueger, R. y Howard, K. (1999). Individual Psychotherapy Outcome and Process Research: Challenges Leading to Greater Turmoil or Positive Transition? *Annu. Rev. Psychol.*, 50, 441-469.
- Lambert, M., Bergin, A. y Garfield, S. (2004). Introduction and Historical Overview. En A. Bergin and S. Garfield *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Fifth Edition (pp. 3-15). New York: John Wiley y Sons, Inc.
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersh, D., Clouse, G. y Yanchar, D. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 106-116.
- Lambert, M., Harmon, E., Slade, K., Whipple, J. y Hawkins, E. (2005). Providing Feedback to Psychotherapists on Their Patients' Progress: Clinical results and Practice Suggestions. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 61, 165-174.
- Lipsey, M. y Wilson, D. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.

- Margni, A., Vazquez, L., Sartori, N., Rodriguez Huerta, M. y Molina, M. (2009). Características de los casos traídos a supervisión: una perspectiva para el estudio de los casos difíciles o complejos de tratar. *De Familias y Terapias*, 27, 73-84.
- Mustaca, A. y Vera Villarroel, P. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 3.
- Roussos, A. (2001). Investigación empírica en Psicoterapia en la Argentina. Panorama actual, métodos y problemas. *Vertex*, XII, 45, 179-187.
- Casabianca, R. y Hirsch, H. (2009). *Cómo Equivocarse Menos en Terapia: un registro para el modelo MRI*. Tercera Edición. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Shadish, W., Matt, G., Nabarro, A., Siegle, G., Crist-Christoph, P., Hazelrigg, M., Jorm, A., Lyons, L., Nietzel, M., Prout, H., Robinson, L., Smith, M., Svartberg, M. y Weiss, B. (1997). Evidence That Therapy Works in Clinically Representative Conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 3, 355-365.
- Shadish, W., Navarro, A, Matt, G. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shapiro, D. A. y Shapiro D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Smith, M. y Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760
- Smith, M., Glass, G. y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Torrente, F. (2007). Eventos Tempranos: Evidencias de La Investigación en Psicoterapia Breve. En D. Kopec y J. Rabinovich (compiladoras) *Qué y Cómo: Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 367-385). Buenos Aires: Dunken.
- Torrente, F., Harf, N., Trica, M. y Hirsch, H. (2006). Estudio exploratorio de la formulación de casos en terapia breve ¿cómo piensan los terapeutas sus casos? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 2, 115-124.
- Torrente, F., Margni, A., Harf, N. y Vazquez, L. (2005). Casos difíciles o complejos de tratar: la perspectiva empírica. IV Congreso Mundial de Psicoterapia, Buenos Aires, Argentina.
- Vera-Villarroel, P. (2004) Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista de Psicología*, 10, 4-10

Recibido: 30-3-11

Aprobado: 11-7-11

Abstract: Since the 50's there were great efforts to demonstrate the efficacy of psychotherapy. Although there were positive results, the external validity of controlled trials was questioned. This situation led to the need to test the clinical effectiveness in naturalistic conditions. The wide range of areas in which psychotherapy is practiced poses the need to extend outcome studies in order to include poorly tested treatment contexts. The purpose of this study was to report local results in naturalistic treatment conditions and compare them with those reported in Hansen, Lambert, and Forman (2002) drawn from multiple clinical trials in the U.S. The sample consisted of 274 local psychotherapy patients treated at a psychotherapy center in Buenos Aires City. A non-experimental design was conducted with measurements of symptom severity prior to each therapy session. Statistically significant reductions were found in pre and post treatment with moderate to strong effect sizes. The proportion of patients who reported some type of improvement was higher than the one reported in the US study. A large percentage of premature terminations of treatment was found in both studies. The clinical implications of these findings are to be discussed.