

# APEGO AL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO Y RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN BREVE EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA PSIQUIÁTRICA

Javier Torres Torija C\*, María del Carmen Lara Muñoz\*\*

## SUMMARY

This is a report of the results of an observational study of patients in brief psychotherapy treatment, with the following aims: a) To compare the psychosocial characteristics of the patients who finished treatment, with those that prematurely dropped-out, and b) To assess the outcome of this treatment in patients that completed it. The sample contained 111 patients, 83 women (74 %) and 28 men (28 %), who were referred by their psychiatrist to the Psychotherapeutic Service of the National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente. During the first eight weeks, the following clinical and psychosocial scales were applied to patients attending this Service for the first time: personality inventory, scale of psychiatric symptoms, social adjustment scale, scale of the perceived social support, scale of ego strength, and self-esteem scale. From the 111 patients who requested attention, 25 did not come for the initial interview, and 4 were considered as not suitable, therefore the sample was reduced to 82 patients (64 women and 18 men). The treatment consisted of 20 sessions of group psychotherapy or 16 sessions one every two weeks, of brief individual psychotherapy. Forty-two patients (51%) completed at least 16 treatment weeks, and 40 (49%) dropped-out at some stage of the process. At the end, those who completed their treatment were asked to answer once more the previously applied scales. When comparing the initial scores of the patients who completed their treatment (n=42), with those of the drop-outs (n=40) no significant differences were found, but when comparing the final scores of the patients who completed the treatment, with their initial scores, significant differences were found in various scales, specially in anxiety, depression, hostility and social adjustment. Suitable research methods to assess the complex process implied in the psychotherapeutic treatment must be found.

**Key words:** Brief psychotherapy, treatment adherence, outcome assessment.

## RESUMEN

Se presentan los resultados de un estudio observacional de pacientes en tratamiento psicoterapéutico que tuvo los siguientes objetivos: a) comparar las características psicosociales de los pacientes que permanecen en tratamiento con las de los que lo abandonan en forma prematura, y b) valorar los efectos de dicho tratamiento en aquellos que permanecen hasta concluir el proceso terapéutico. Para el objetivo a) la muestra fue de 111 pacientes, 83 mujeres (74.3%) y 28 varones (26.3%) que acudieron referidos por sus médicos tratantes al Servicio de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Durante las primeras ocho semanas, a cada paciente que solicitó cita de inicio, se le aplicó una batería de escalas clínicas y psicosociales compuesta por: inventario de personalidad, escala de sintomatología psiquiátrica, escala de ajuste social, escala de apoyo social percibido, escala de Fuerza del Yo y escala de autoestima. De los 111 pacientes que solicitaron cita, 25 no acudieron a la entrevista inicial y a 4 se les consideró como no idóneos; por lo tanto la muestra quedó conformada por 82 pacientes, 64 mujeres y 18 varones. El tratamiento consistió en una sesión de psicoterapia de grupo semanal, durante 20 semanas o en psicoterapia individual breve: 16 sesiones, una por quincena. Cuarenta y dos pacientes (51%) completaron al menos 16 semanas de tratamiento y 40 (49%) dejaron de acudir a éste en alguna fase del proceso. Al finalizar, a los que completaron dicho proceso se les aplicó la misma batería de escalas. Al comparar las puntuaciones iniciales no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que permanecieron en tratamiento (n=42) y los que no tuvieron apego (n=40). La comparación antes-después de los que completaron dicho tratamiento sí mostró diferencias significativas en varias escalas, sobre todo en las de ansiedad, depresión, hostilidad y ajuste social. Se concluye con algunas reflexiones respecto a la necesidad de buscar métodos de estudio idóneos para evaluar el complejo proceso que implica el tratamiento psicoterapéutico.

**Palabras clave:** Psicoterapia breve, apego al tratamiento, evaluación de resultados terapéuticos.

\*Departamento de Psicoterapia Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; FES Iztacala, UNAM.

\*\*Dirección de Servicios Clínicos INPRF; Facultad de Medicina BUAP.

Primera versión: 13 de diciembre de 2001. Segunda versión: 8 de julio del 2002. Aceptado: 18 de septiembre del 2002.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento psicoterapéutico está sujeto a una serie de vicisitudes que hacen inciertos tanto su curso como sus resultados. Sin duda, es uno de los tratamientos en el área de la salud mental que conlleva un mayor grado de incertidumbre tanto respecto a sus indicaciones como a su posible desenlace. La extensa investigación realizada hasta el momento, todavía no ha logrado repercutir en el diseño de las políticas en el área de la salud mental en los Estados Unidos de Norteamérica (11). Hasta el momento no se ha logrado salvar la brecha que separa el campo de la investigación, al del diseño de las políticas de atención a la salud. Por ésta y por otras razones, consideramos que la investigación sobre la viabilidad del tratamiento psicológico es una cuestión prioritaria, sobre todo en el ámbito de las instituciones de salud en nuestro país. La poca certeza acerca de la eficacia de los tratamientos contribuye a que los pacientes, y en ocasiones los mismos psicoterapeutas, muestren algún grado de resistencia y manifiesten dudas antes de iniciar un posible trabajo psicoterapéutico. Todo tratamiento implica un esfuerzo considerable por parte de los participantes. En la decisión de llevarlo a cabo se ponen en juego razones de índole técnica, pero también aspectos económicos y desde luego éticos.

La diversificación en las técnicas y modalidades de la psicoterapia, ocurrida en los últimos 30 años, ha contribuido a ampliar la gama de los tratamientos posibles, pero también ha favorecido la confusión y las dudas respecto a su indicación o a su eficacia comparativa. Debido a tal diversidad consideramos preferible referirnos a las distintas psicoterapias en particular, en vez de hablar de la psicoterapia en general. Baste pensar que bajo el rubro de psicoterapia se incluyen tratamientos tan disímiles como la desensibilización sistemática, la terapia sistémica familiar, la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia dinámica, además de sus distintas modalidades de tiempo y forma; es decir, terapias breves, de largo plazo, individuales, de grupo, etc. En 1980, Herink (13) registró más de 250 terapias psicológicas. Muchas de ellas se sustentan en un marco teórico específico e implican diferentes mecanismos de acción. De ahí que el nombre genérico de psicoterapia resulte demasiado amplio y hasta difuso. En el presente estudio se utilizaron dos modalidades de psicoterapia breve, una individual y una de grupo, con orientación psicodinámica e interaccional respectivamente, que se describen en el apartado correspondiente.

Russell y Orlinsky han descrito cuatro etapas por las que ha pasado la investigación en psicoterapia

(30). Según ellos, la primera, de 1927 a 1954, se caracterizó por el establecimiento de la investigación científica en el campo; la segunda, de 1955 a 1969, se orientó a la búsqueda del rigor científico; la tercera, de 1970 a 1983, consistió en la expansión y organización del campo; y la última, de 1984 al presente (1996), se caracteriza por la consolidación del terreno y la reformulación de los problemas.

Las primeras investigaciones controladas aparecieron en la década de 1960. La mayoría de estos estudios se orientaron a demostrar la efectividad de diversos tipos de tratamiento psicológico con diferentes tipos de pacientes (18, 26, 35). Casi todos los informes de esa época se pueden clasificar como estudios de resultados (*outcome*) cuya metodología general consiste en evaluar las puntuaciones obtenidas por los pacientes en distintas escalas clínicas aplicadas al inicio y al final del tratamiento y, en ocasiones, comparadas con un grupo de control que no recibe tratamiento o recibe algún tipo de placebo. Más tarde aparecieron los estudios comparativos sobre la eficacia diferencial de distintas psicoterapias. Entre los más representativos cabe mencionar el estudio de Sloane y colaboradores realizado en la Universidad de Temple (31). En esta investigación se comparó la eficacia de la terapia conductual con la psicoterapia breve de orientación psicodinámica. Básicamente se evaluó la intensidad de los síntomas mediante una entrevista psiquiátrica y el grado de adaptación social, tomando en cuenta la opinión calificada del propio psiquiatra, la del paciente y la de un familiar cercano. Los resultados mostraron diferencias significativas en los dos grupos, pero no se logró demostrar la superioridad de alguno de los tratamientos. Los autores concluyen afirmando que ambas modalidades de psicoterapia son efectivas y que no se puede afirmar la superioridad de ninguna de ellas. En 1975, Luborsky y colaboradores encontraron resultados semejantes al comparar la efectividad de diversos tratamientos psicoterapéuticos (23). La mayoría de los estudios de este tipo, coinciden al corroborar la efectividad de las distintas psicoterapias, pero sin lograr demostrar la superioridad de una u otra.

Son muchas las razones por las que no se ha logrado demostrar en forma concluyente la superioridad de algún tipo de psicoterapia. Entre ellas, el uso de metodologías deficientes, pero sobre todo las dificultades intrínsecas de la investigación en este campo. Las características individuales de los sujetos participantes, tanto de los pacientes como de los terapeutas, así como las vicisitudes del proceso terapéutico y sus peculiaridades, hacen que la cantidad de variables que intervienen sea enorme. Por lo tanto las dificultades de control convierten esta tarea en un

desafío para la imaginación de los investigadores. Howard y colaboradores (17) han señalado la importancia de que los estudios de resultados demuestren una significación clínica y no sólo estadística. En una revisión sobre varios estudios publicados en la década de 1970 y de 1980, Lambert, Shapiro y Bergin (19) afirman que dichas investigaciones pusieron en claro que algunos pacientes mejoran con el paso del tiempo; que una variedad de procedimientos de control placebo producen mejorías superiores a las condiciones de control sin tratamiento y que las psicoterapias producen mejorías superiores a las obtenidas mediante procedimientos de control placebo. Lipsey y Wilson (20) afirman que las intervenciones psicoterapéuticas en general obtienen un índice de éxito, 62%, en tanto que los grupos no tratados mejoran en un 38%. Actualmente se acepta que, con base en estos y muchos otros estudios, la pregunta sobre la efectividad de las psicoterapias ya ha sido respondida de manera afirmativa, con un grado satisfactorio de certeza, aunque no se ha logrado demostrar de manera fehaciente la superioridad de alguna terapia en particular.

En una investigación que utilizó la técnica de meta-análisis para evaluar la eficacia de distintas formas de psicoterapia dinámica breve, que demostró la efectividad de todas ellas, Crits-Cristoph (5) concluye señalando que paulatinamente se han ido refinando las preguntas que se consideran pertinentes en la investigación en psicoterapia. El autor afirma que más que demostrar la eficacia de cierto tipo de psicoterapia, lo importante es poder determinar qué tipo de psicoterapia resulta más adecuado para qué tipo de pacientes y de problemas. Para tratar de responder a estas preguntas se ha emprendido otro tipo de estudios que se denomina "de proceso".

En los últimos 20 años han aparecido cada vez más informes en estudios que pretenden evaluar de manera objetiva diversos aspectos del proceso psicoterapéutico (4, 8). Por ejemplo, el estudio de Hoglend de 1993 en el que se intentó determinar la viabilidad de los pacientes para la psicoterapia dinámica breve, mediante la valoración de variables psicodinámicas como predictores de éxito (15). Se trata de encontrar procedimientos confiables para hacer una selección más adecuada de los candidatos a tratamiento (2, 28, 32). Irwin Yalom (40) ha señalado que "...la buena psicoterapia (de grupo) se inicia con la selección adecuada de los pacientes. Una selección adecuada puede permitir, entre otras ventajas, disminuir los índices de deserción o abandono prematuro de los tratamientos". DH Frayn evaluó diferentes factores psicológicos asociados a la terminación prematura en diferentes psicoterapias (12).

Lo mismo hicieron Mc Callum y colaboradores respecto a la psicoterapia de grupo (25). En México, Velásquez y colaboradores (39) llevaron a cabo un estudio sobre los motivos del abandono del tratamiento psiquiátrico en el contexto institucional. Estos autores encontraron entre los principales motivos de abandono el haber sentido mejoría, la búsqueda de atención en otras instituciones y la escasez de recursos económicos.

Como contraparte del problema de la deserción, se ha intentado identificar los factores que permitan predecir la culminación y el éxito de los tratamientos. Varios autores han señalado la dificultad de predecir los resultados de las psicoterapias, y en particular de predecir el apego o permanencia del paciente (2, 14, 15). Desde luego, es muy grande el número de los factores que influyen en la intervención psicoterapéutica, y muchos de ellos son difíciles de evaluar. Por ejemplo, las características individuales del psicoterapeuta o la cualidad del vínculo emocional que establece con el paciente. Pero hay otros, aunque también elusivos, que resultan más susceptibles para algún tipo de observación y control. Por ejemplo: técnicas de intervención, duración del tratamiento, frecuencia de las sesiones, metas propuestas y, asimismo, algunas características individuales de los pacientes.

De las consideraciones anteriores se desprende la importancia de lograr que cualquier tratamiento psicoterapéutico institucional pueda asegurar ciertas condiciones mínimas de viabilidad antes de iniciarse. Se han hecho esfuerzos en este sentido, pero la situación actual sigue siendo insatisfactoria. Los índices de deserción registran cifras que oscilan entre 30 y 45%, que se consideran elevadas según los criterios generalmente aceptados (16). Dado que la psicoterapia resulta onerosa en muchos sentidos, es evidente la conveniencia de lograr reducir al mínimo la deserción y el apego inconstante del paciente, factores que redundan en un dispendio de recursos tanto físicos como humanos, además de contribuir al desaliento de los participantes. En un trabajo sobre la evaluación de la viabilidad (*suitability*) de la psicoterapia, Truant (36) menciona que debido a la organización actual de los programas de salud, cada vez es más necesario contar con criterios que permitan "determinar quién puede ser tratado seguramente y con éxito mediante la psicoterapia". Aunque esta meta parece demasiado ambiciosa, es clara la necesidad de orientarse hacia la búsqueda y desarrollo de procedimientos de evaluación que hagan más probable el éxito que se busca. En este contexto surge la presente investigación llevada a cabo en el Servicio de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF). Consta de dos estudios

complementarios: uno que se puede clasificar como de proceso, sobre el apego del paciente al tratamiento y otro de resultados que muestra los cambios ocurridos en los pacientes que terminaron el tratamiento. Antes de presentar los estudios haremos una breve descripción del contexto institucional en que se llevó a cabo la investigación.

El Servicio de Psicoterapia del INPRF funciona como área de interconsulta y ofrece tratamiento a los pacientes, en su mayoría externos, referidos por el médico que les está administrando tratamiento, quien considera la pertinencia de una intervención psicológica. Alrededor de 50% de los pacientes son atendidos en un esquema de tratamiento breve de grupo, con duración de 20 sesiones, de frecuencia semanal, basado en la técnica experiencial-vivencial desarrollada por Yalom (40). En los 12 años de funcionamiento del Servicio se ha atendido a 150 grupos, con un promedio de 12 pacientes cada uno, lo cual hace un total aproximado de 1 800 pacientes tratados con este tipo de psicoterapia. El otro 50% ha recibido atención mediante otras modalidades de tratamiento, como psicoterapia individual, también breve y con objetivos específicos, y la psicoterapia familiar y/o conyugal. La tasa de deserción registrada es casi de 35%, y se ha observado que el abandono del tratamiento ocurre principalmente durante las sesiones iniciales. A pesar de que esta cifra es semejante a la documentada por muchos estudios, no deja de resultar preocupante la pérdida que supone cada paciente que abandona el tratamiento.

Con el propósito de efectuar una selección más adecuada de los candidatos a psicoterapia que permita disminuir los índices de deserción y valorar los resultados del tratamiento, se llevó a cabo el presente estudio dividido en dos etapas. En la primera, se integró una batería de escalas clínicas y psicosociales orientada a discriminar las características de los pacientes que permanecieron en tratamiento, en comparación con las de aquéllos que desertaron. En la segunda, se aplicaron las mismas escalas a los pacientes una vez que terminaron su tratamiento.

## MÉTODO

Se realizó un escrutinio longitudinal y observacional durante un período de 40 semanas. A cada paciente que acudió a solicitar cita de primera vez al Servicio de Psicoterapia, se le aplicó la batería compuesta de Escala de Sintomatología Psiquiátrica (SCL90) (7), Inventario de Personalidad de Eysenck (21), Escala de "fuerza del Yo" del MMPI (1), Escala de Apoyo Social Percibido (MDPSS) de Zimet (41), Escala de

Ajuste Social de Bosc y Dubini (3) y Escala de Autoestima de Coopersmith validada para México (22).

En el momento de presentarse a solicitar cita en el Servicio de Psicoterapia, se pidió a los pacientes que contestaran una serie de cuestionarios autoaplicables ayudados por un auxiliar. Una vez cumplido lo anterior se les asignó terapeuta para la primera entrevista de valoración. Después de la sesión inicial se asignó a cada paciente alguna modalidad de tratamiento que podía ser individual o de grupo. La psicoterapia grupal tuvo una duración de 20 sesiones de frecuencia semanal, con la técnica desarrollada por Irwin Yalom, denominada experiencial-vivencial (25). El tratamiento individual constó de 16 sesiones de frecuencia quincenal con el enfoque de las terapias psicodinámicas breves descrito por Fiorini (7).

El análisis de los resultados se realizó mediante pruebas no paramétricas, considerando que los instrumentos empleados proporcionan un nivel de medición ordinal de acuerdo con Feinstein (9). En la primera parte del estudio la significancia estadística de las diferencias entre los grupos se determinó mediante la U de Mann-Whitney para dos grupos independientes. En la segunda, la significancia estadística de las diferencias entre las escalas, antes y después de la intervención, se determinó mediante la prueba del signo de rangos de Wilcoxon.

## RESULTADOS

Se inscribió un total de 111 pacientes a los que se les aplicaron los cuestionarios al momento de solicitar cita de primera vez en el Servicio. Para el análisis comparativo se excluyeron 29 pacientes; 25 que no acudieron a la entrevista inicial y 4 a los que se consideró como "no idóneos". De los 82 restantes, 42 (51%) recibieron tratamiento en alguna modalidad, por lo menos durante 16 sesiones y 40 (49%) abandonaron el proceso iniciado después de pocas sesiones o durante el período de espera para la psicoterapia de grupo.

Se determinó la consistencia interna de las escalas mediante el alfa de Cronbach y en todas ellas se encontraron coeficientes de confiabilidad mayores a 0.80, excepto en la subescala de psicoticismo del Inventario de Eysenck, que registró 0.69 (cuadro 1).

La distribución por sexo de los 111 pacientes correspondió a 80 mujeres (61.3%) y 31 hombres (38.7%). El promedio de edad fue de 32.5 años con una desviación estándar de 11.5 y un rango de 15 a 61.

Para el análisis comparativo de los puntajes iniciales

**CUADRO 1**  
**Consistencia interna de las escalas aplicadas**

| Escala                 | Alfa de Cronbach |
|------------------------|------------------|
| Psicoticismo           | 0.69             |
| Extraversión           | 0.81             |
| Neuroticismo           | 0.80             |
| Deseabilidad social    | 0.87             |
| Apoyo social percibido | 0.89             |
| Ajuste social          | 0.89             |
| Autoestima             | 0.85             |
| Fuerza del Yo          | 0.84             |

de los 82 pacientes que iniciaron el tratamiento, se utilizó la U de Mann-Whitney. Al comparar a los pacientes que permanecieron en tratamiento, con los que desertaron, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. La intensidad de los síntomas que evalúa el SCL-90 fue la misma tanto para los pacientes que asistieron al tratamiento como para aquéllos que desertaron. El análisis comparativo de las demás variables no mostró diferencias significativas (cuadro 2). La comparación por sexo de las puntuaciones en todas las variables tampoco mostró diferencias significativas, salvo la de deseabilidad social que registró un valor p de 0.02. Se compararon también las puntuaciones entre los tres grupos: los pacientes con apego, los que desertaron y los que no iniciaron tratamiento. No se encontraron diferencias significativas.

Considerando que el costo del tratamiento o la distancia al INP pudieran ser variables que afectaran el apego, adicionalmente se registró el nivel socioeconómico de los pacientes conforme a la clasificación asignada por el Departamento de Trabajo Social, que incluyó cinco niveles. La distancia al INP se estimó mediante la localización del domicilio del paciente

en un mapa a escala, al que se asignaron cinco franjas, cada una equivalente a 12 Km de distancia del INP. Ninguna de estas dos variables mostró diferencias significativas, por lo que ni el nivel socioeconómico ni la distancia al INP se pueden considerar como factores que afecten de manera considerable el apego al tratamiento psicoterapéutico.

En la segunda etapa del análisis se compararon, mediante la prueba del signo de rangos de Wilcoxon, los puntajes de inicio y final de los pacientes que terminaron su tratamiento. De los 42 que acudieron al menos a 16 sesiones, 30 contestaron los cuestionarios al finalizar; a los 12 restantes no se les pudieron aplicar los cuestionarios por diferentes motivos. La comparación antes-después mostró diferencias significativas en varias escalas. Destacan los resultados de las escalas de depresión y de ansiedad del SCL 90, que registraron un valor Z de 3.20 y 3.70, con una p de 0.0014 y 0.0002, respectivamente. La escala de ajuste social registró un valor Z de -2.85 y una p de 0.0044. La escala de hostilidad del SCL 90 registró un valor Z de 3.38 y una p de 0.0007. Otras escalas mostraron diferencias que serían significativas a un nivel convencional (0.05) pero que, empleando un criterio estricto como lo hicimos en este estudio, no se consideraron significativas (cuadro 3).

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo dos propósitos principales. El primero de ellos fue identificar algunas características de los pacientes que permitieran predecir el apego a su tratamiento psicoterapéutico. Varios estudios

**CUADRO 2**  
**Comparación entre los pacientes que terminaron y los que no terminaron el tratamiento. Terminaron n=42, no terminaron n=40**

| Escala                     | Media | Mínimo | Máximo | Media | Mínimo | Máximo | P    |
|----------------------------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|------|
| <b>EYSENCK</b>             |       |        |        |       |        |        |      |
| Psicoticismo               | 4.0   | 1.0    | 16.0   | 4.0   | 1.0    | 12.0   | 0.95 |
| Extraversión               | 9.0   | 1.0    | 17.0   | 7.0   | 0.0    | 19.0   | 0.20 |
| Neuroticismo               | 17.0  | 3.0    | 21.0   | 18.0  | 1.0    | 21.0   | 0.69 |
| Deseabilidad social        | 9.0   | 2.0    | 17.0   | 8.50  | 1.0    | 18.0   | 0.55 |
| <b>SCL 90</b>              |       |        |        |       |        |        |      |
| Somatización               | 1.37  | 0.88   | 3.33   | 1.20  | 0.0    | 3.66   | 0.94 |
| Obsesividad                | 1.35  | 0.20   | 3.30   | 1.65  | 0.20   | 3.60   | 0.79 |
| Sensibilidad interpersonal | 1.68  | 0.11   | 3.66   | 1.77  | 0.44   | 3.66   | 0.40 |
| Depresión                  | 2.23  | 0.23   | 3.46   | 2.0   | 0.15   | 3.76   | 0.94 |
| Ansiedad                   | 1.50  | 0.20   | 3.20   | 1.04  | 0.10   | 3.50   | 0.81 |
| Hostilidad                 | 1.25  | 0.0    | 3.16   | 1.16  | 0.0    | 3.83   | 0.69 |
| Fobia                      | 0.78  | 0.0    | 3.28   | 1.07  | 0.0    | 3.83   | 0.69 |
| Paranoia                   | 1.0   | 0.0    | 3.66   | 1.66  | 0.0    | 3.66   | 0.36 |
| Síntomas psicóticos        | 1.0   | 0.0    | 3.40   | 1.05  | 0.0    | 3.10   | 0.46 |
| APOYO SOCIAL               | 29.0  | 12.0   | 58.0   | 29.50 | 12.0   | 72.0   | 0.54 |
| AJUSTE SOCIAL              | 1.73  | 0.71   | 2.6    | 1.71  | 0.85   | 2.65   | 0.91 |
| AUTOESTIMA                 | 13.0  | 7.0    | 19.0   | 12.0  | 8.0    | 18.0   | 0.44 |
| FUERZA del YO              | 34.5  | 21.0   | 43.0   | 32.59 | 19.0   | 44.0   | 0.23 |

**CUADRO 3**  
**Comparación de las diferencias antes-después del tratamiento. n=30**

| <i>Escala</i>              | <i>Mediana de las diferencias</i> | <i>Z</i> | <i>p</i> |
|----------------------------|-----------------------------------|----------|----------|
| EYSENCK                    |                                   |          |          |
| Psicoficismo               | -0.50                             | 0.83     | 0.4048   |
| Extraversión               | 2.0                               | -2.29    | 0.0218   |
| Neuroticismo               | -3.0                              | 2.47     | 0.0136   |
| Deseabilidad social        | -2.0                              | 1.08     | 0.2802   |
| SCL 90                     |                                   |          |          |
| Somatización               | -0.29                             | 2.42     | 0.0157   |
| Obsesividad                | -0.30                             | 1.91     | 0.0558   |
| Sensibilidad interpersonal | -0.55                             | 2.73     | 0.0064   |
| Depresión                  | -0.61                             | 3.20     | 0.0014*  |
| Ansiedad                   | -0.45                             | 3.70     | 0.0002*  |
| Hostilidad                 | -0.50                             | 3.38     | 0.0007*  |
| Fobia                      | -0.28                             | 2.38     | 0.0175   |
| Paranoia                   | -0.50                             | 1.87     | 0.0612   |
| Síntomas psicóticos        | -0.30                             | 2.48     | 0.0132   |
| APOYO SOCIAL               | -1.50                             | 1.37     | 0.1714   |
| AJUSTE SOCIAL              | 0.24                              | -2.85    | 0.0044*  |
| AUTOESTIMA                 | 2.00                              | -1.86    | 0.0629   |
| FUERZA DEL YO              | 6.0                               | -2.36    | 0.0185   |

han intentado lo mismo sin obtener resultados concluyentes. Entre ellos destaca el de Hoglend (15) quién utilizó variables psicodinámicas como predictores de éxito terapéutico. Nosotros utilizamos variables clinimétricas que no lograron diferenciar a los pacientes que siguieron en tratamiento de los que no lo hicieron. Esto nos obliga a pensar en otras variables de la población atendida que se deberán tomar en cuenta en estudios posteriores. Aspectos tales como las expectativas, la motivación del paciente, y su disponibilidad de tiempo y dinero son factores que, como han señalado Velásquez y colaboradores (39), son factores que deben considerarse para estudios ulteriores sobre apego al tratamiento psiquiátrico. En el caso del tratamiento psicológico, consideramos importante también valorar otros aspectos como la disposición al cambio, la estructura caracterológica y la resistencia, que son factores muy difíciles de medir, pero que es necesario considerar en estudios subsecuentes. En este punto nos enfrentamos con la falta de instrumentos adecuados que permitan cuantificar dichas variables. Quizá se deba optar por otro tipo de metodología, como la investigación cualitativa, para poder valorar estos aspectos que resultan tan elusivos para la metodología cuantitativa.

Por otro lado, pensamos que no sólo habría que atribuir los motivos del abandono y del apego a los pacientes, sino también a otras situaciones ajenas a éstos, como por ejemplo las variables “institucionales” relacionadas con el procedimiento de atención. Sin duda, aspectos como el tiempo transcurrido entre la fecha de la solicitud y la primera cita, o el período de espera previo al tratamiento de grupo, e inclusive la

cortesía del personal, son factores importantes que en el futuro se deberán tomar en cuenta. También se deberá analizar qué terapeutas registran mayor apego por parte de sus pacientes, para identificar algunas características propias de un “buen psicoterapeuta”. En 1957, Carl Rogers (29) afirmaba que el cambio terapéutico depende en gran medida de las características del terapeuta. Incluso pretendió identificar las condiciones necesarias y suficientes para el éxito del tratamiento psicológico, que fueron: calidez, interés genuino y empatía. Hoy sabemos que estas no son condiciones suficientes, pero quizá si necesarias y que en todo caso, se deben considerar como factores primordiales a estudiar.

El otro objetivo fue valorar los cambios producidos por la intervención psicoterapéutica. El análisis de los datos de los pacientes que terminaron el tratamiento, parece demostrar que estas escalas sí son sensibles a los cambios observados clínicamente. Destaca la elevada significación que alcanzaron las escalas de depresión, ansiedad y hostilidad del SCL 90 y la Escala de Ajuste Social. Esto concuerda con los resultados esperados en las psicoterapias breves. Varios autores, entre ellos Hoglend, Malan, Fiorini, Sifneos, Davanloo y Ursano (5, 7, 11, 15, 19, 23), han señalado que este tipo de psicoterapias no produce modificaciones caracterológicas, sino que ayuda a desarrollar la capacidad adaptativa del Yo para contener con la realidad cotidiana, por lo que no es sorprendente la modificación de la Escala de Fuerza del Yo.

Las escalas de neuroticismo y extraversión del Inventario de Personalidad de Eysenck registraron cambios que a pesar de no alcanzar significación estadís-

tica parecen indicar alguna modificación en dichas variables. En cambio, es notoria la estabilidad de los rasgos de psicoticismo y deseabilidad social. El primero fue una característica poco presente en la población estudiada y el segundo es sabido que representa respuestas de tipo convencional que buscan mostrar una imagen aceptable de sí mismo ante los otros. En ninguna de ellas se esperaban cambios producidos por la psicoterapia.

Otras variables que no alcanzaron significación estadística pero que parecen señalar algún cambio favorable, fueron las de somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, fobia y paranoia, del SCL 90. Estas escalas engloban síntomas psiquiátricos frecuentes que se enmarcan dentro de síndromes más amplios como son los trastornos afectivos y de angustia y que constituyen el principal motivo de consulta en instituciones psiquiátricas.

No se puede afirmar que los cambios observados obedezcan sólo a la intervención psicoterapéutica. La mayoría de los pacientes que terminaron el tratamiento también recibió psicofármacos que tienen efectos ansiolíticos o antidepresivos. Pero el estudio no pretendía demostrar la efectividad de la psicoterapia. Según muchos autores, entre ellos Lambert y colaboradores (19) Crits-Cristoph (5) y Poch y Avila (27), ya se ha demostrado en forma suficiente la efectividad del tratamiento psicológico. Dicha cuestión tiene sólo un interés histórico y ahora las preguntas pertinentes son otras. En cambio, sí nos interesaba valorar la efectividad del esquema de atención multidisciplinario que brindan los servicios clínicos del INP, dentro del cual el componente que corresponde al tratamiento psicoterapéutico es muy importante. Consideramos que este planteamiento encuentra una respuesta afirmativa, al menos en parte. La presente investigación es de tipo clínico, pero en tanto que se llevó a cabo en un contexto institucional se puede considerar legítimamente como una investigación en servicios de salud. Es decir que su fin último es mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes que acuden a la institución. Por lo tanto, es necesario proseguir la investigación en esta línea y esperar que los resultados obtenidos repercutan en la toma de decisiones que mejoren la calidad de los servicios.

Una limitación evidente de este estudio es la falta de homogeneidad en las técnicas empleadas por los diferentes psicoterapeutas. Aunque todos siguieron lineamientos generales para apegarse a los modelos de la psicoterapia experiencial-vivencial de Yalom, en el caso del tratamiento grupal, y a los esquemas de la psicoterapia dinámica breve de Fiorini, no se aplicó una técnica estándar que permitiera hablar de homogeneidad en el tratamiento. Esta es, sin duda,

otra de las dificultades en la investigación evaluativa en psicoterapia, que se ha tratado de remediar con la introducción de manuales de tratamiento con indicaciones precisas para el terapeuta (34). Sin embargo, no consideramos factible la total homogeneización de las intervenciones en psicoterapia debido a que en ellas intervienen sujetos con características únicas. Se debe aceptar que el tratamiento psicológico conlleva particularidades que lo hacen *sui generis* y que es necesario continuar en la búsqueda de métodos idóneos para investigar dichos procesos.

### Agradecimientos

A los pasantes de psicología Olga García Lachica y Luis G Sepúlveda Sánchez por su colaboración.

### REFERENCIAS

1. ACEVEDO CORONA M, ENRIQUEZ DE RIVERA Z, BENAVIDES TOURRES J: La escala de fuerza del Yo como evaluación del progreso en pacientes sometidos a psicoterapia de grupo de corte psicoanalítico. *Psicopatol*, 15(4):175-179, 1995.
2. BLOCH S: Assessment of patients for psychotherapy. *Br J Psychiatry*, 135:193-208, 1979.
3. BOSCH M, DUBINI A, POLIN V: Development and validation of a social functioning scale: The Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacology*, (Supl 1) (7): 557-570, 1997.
4. CARO I (comp.): *Psicoterapia e investigación de procesos*. Promolibro, Valencia, 1993.
5. CRITS-CRISTOPH P: The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 149(2): 151-158, 1992.
6. DAVANLOO H: *Short-term Dynamic Therapy*. Jason-Aronson, Nueva York, 1980.
7. DEROGATIS CR: SCL 90 Administration, scoring and procedures manual for the R (revised) versión and others instruments of the psychopathology. *Rating Scale Series*. Johns Hopkins University, Chicago, 1977.
8. ELLIOT R: Five dimensions of therapy process. *Psychother. Research*, 1(2): 92-103, 1991.
9. FEINSTEIN AR: *Clinimetrics*. Yale University Press, New Haven, Buenos Aires, 1987.
10. FIORINI H: *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1990.
11. FRANK RG, SULLIVAN MJ, De LEON PH: Health care in the states. *Am Psychol*, 49:855-867, 1994.
12. FRAYN DH: Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *Am J Psychotherapy*, 46:250-261, 1992.
13. HERINK R (comp.): *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*, Meridian, Nueva York, 1980.
14. HOGLEND P, FOSSUM A, SORBYE O y cols.: Selection criteria for brief dynamic psychotherapy: Reliability, factor structure and long term predictive validity. *Psychother Psychosom*, 57:67-74, 1992.
15. HOGLEND P: Suitability for brief dynamic psychotherapy: Psychodynamic variables as predictors of outcome. *Acta Psychiatr Scand*, 88:104-110, 1993.
16. HOGLEND P: Personality disorders and long-term outcome

- after brief dynamic psychotherapy. *J Personality Disorders*, 88:168-181, 1993.
17. HOWARD K, ORLINSKY D, LUEGER J: Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. *Br J Psychiatry*, 165:4-8, 1994.
  18. KELLNER R: The efficacy of psychotherapy. The results of some controlled investigations. *Psychiatra Neurologia*, 149: 333-340, 1965.
  19. LAMBERT MJ, SHAPIRO DA, BERGIN AE: The effectiveness of psychotherapy. En: Garfield SL, Bergin AE (comps.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley and Sons, 3a edición revisada, 157-211, Nueva York, 1986.
  20. LIPSEY MW, WILSON WB: The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *Am Psychol*, 48: 1181-1209, 1993.
  21. LARA-CANTU A, CORTES J, VERDUZCO MA: Datos adicionales sobre la validez y confiabilidad del Cuestionario de la Personalidad de Eysenck en México. *Revista Mexicana Psicología*, 9(1):45-50, 1992.
  22. LARA-CANTU A, VERDUZCO MA, CORTES J: Datos sobre la validez y la confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Rev Latinoamericana Psicología*, 25(2):247-255, 1993.
  23. LUBORSKY L, SINGER B, LUBORSKY L: Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes? *Arch Gen Psychiatry*, 32: 995-1008, 1975.
  24. MALAN DH: The frontier of brief psychotherapy. Plenum Press, Nueva York, 1976.
  25. Mc CALLUM M, PIPPER W, JOICE A: Dropping out from short term group therapy. *Psychotherapy*, 29: 206-215, 1992.
  26. PAUL GL: Strategy of outcome research in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 31:109-118, 1967.
  27. POCH J, AVILA A: Investigación en psicoterapia: La contribución psicoanalítica. Paidós Iberica, Barcelona, 1998.
  28. PIPPER WE, Mc CALLUM M, AZIM HE, JOICE AS: Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Consult Clinical Psychol*, 58:475-481, 1990.
  29. ROGERS CR: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Clin Psychol*, 21: 95-103, 1957.
  30. RUSSELL R, ORLINSKY D: Psychotherapy research in historical perspective: Implications for Mental Care Policy. *Arch Gen Psychiatry*, 53:708-715, 1996.
  31. SLOANE RB, STAPLES FR, CRISTOL AH, YORKSTONE N J, WHIPPLE K: Short-term analytically-oriented psychotherapy versus behavior therapy. Harvard University Press, Cambridge, 1975.
  32. TILLET R: Psychotherapy assessment and treatment selection. *Br J Psychiatry*, 168:10-15, 1996.
  33. SIFNEOS PE: Short-term psychotherapy: Evaluation and technique. Plenum Press, Nueva York, 1979.
  34. STRUPP HH, BRINDER JL: Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, Nueva York, 1984.
  35. STEVENSON J, MEARES R: An outcome study of psychotherapy for patients with boerderline personality disorders. *Am J Psychiatry*, 149: 358-362, 1992.
  36. TRUANT GS: Assessment of suitability for psychotherapy. *Am J Psychotherapy*, 52(4):397-411, 1998.
  37. URSANO R, HALES RE: A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychotherapy*, 143:1507-1517, 1986.
  38. VANDEN BOS G: Outcome assessment of psychotherapy. *Am Psychologist*, 51:1005-1006,1996.
  39. VELAZQUEZ A, SANCHEZ SOSA JJ, LARA MC, SENTIES H: El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista Psicología*, 18(2):316-340, 2000.
  40. YALOM ID: The theory and practice of psychotherapy (4th ed) Basic Books, Nueva York, 1999.
  41. ZIMET GD, DAHLEM NW, ZIMET SG, FARLEY GK: The Multidimensional Scale of Percibed Social Support. *J Personality Assessment*, 52(1):30-41, 1998.

**RESPUESTAS DE LA SECCION  
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA  
Autoevaluación**

**1. C**

**2. C**

**3. B**

**4. C**

**5. A**

**6. B**

**7. C**

**8. B**

**9. A**

**10. A**

**11. C**

**12. B**