

Evaluación de servicios de salud mental: el caso de la efectividad de las psicoterapias

Dr. Ramón Florenzano

RESUMEN

Debido a los cambios recientes en los sistemas de atención de salud en todo Occidente, hay una mayor preocupación por la efectividad de las intervenciones médicas, y junto a ello, por las intervenciones psicológicas. En este sentido las psicoterapias y especialmente el psicoanálisis están siendo comparados con los tratamientos farmacológicos, y vistas como menos rápidas, eficientes o efectivas. La tarea que corresponde es definir un modelo de investigación amplio para avanzar en la objetivación de los resultados psicoterapéuticos. Esto último, a través de los avances que ha logrado la metodología de investigación en las ciencias psicosociales.

Este trabajo revisa algunos elementos claves de la metodología en este tema, sus aportes y dificultades, para luego centrarse en algunos de los resultados en relación a cuadros clínicos específicos, elegidos por su frecuencia de consulta. Se sigue el modelo integrativo de investigación basado en la evidencia propuesto por Fonagy y Roth. Se expone acerca de la importancia de la auditoría de los procesos terapéuticos, así como la utilidad de las guías de práctica clínica.

RESUMO

Avaliação dos serviços de saúde mental: o caso da efetividade das psicoterapias

Devido às recentes mudanças nos sistemas de atenção na área de saúde no mundo ocidental, há uma maior preocupação pela efetividade das intervenções médicas, assim como pelas intervenções psicológicas. Nesse sentido, as psicoterapias, e especialmente a psicanálise, estão sendo comparadas com os tratamentos farmacológicos e são vistas como menos rápidas, eficientes ou efetivas. O que deve-se fazer é definir um amplo modelo de pesquisa para avançar na objetivação dos resultados psicoterapéuticos. Isto último, através dos avanços que conseguiu a metodologia de pesquisa na ciências psicosociais.

O presente trabalho revisa alguns elementos chave da metodologia deste tema, suas aportações e as dificuldades para depois se centrar em alguns dos resultados em relação a quadros clínicos específicos escolhidos pela sua frequência de consulta. É usado um modelo de integração de pesquisa proposto por Fonagy e Roth que se baseia na evidência e que expõe a importância da auditoria dos processos terapéuticos, assim como a utilidade dos guias de prática clínica.

ABSTRACT

Evaluation of mental health services: the case of the effectiveness of psychotherapies

Due to recent changes in the systems of medical care throughout the West, there is an increasing preoccupation concerning the effectiveness of medical, as well as psychological, interventions. Psychotherapies, especially psychoanalysis, are being compared to pharmacological treatments, and are often seen as slower, less efficient, and less effective. Our task consists in defining a broad model of study in order to advance the targeted psychotherapeutic results. This will be accomplished utilizing the recent advances in study methodology in the psychosocial sciences.

This study reviews some of the important methodological elements concerning mental health services, including its successes and difficulties, in order to then concentrate on some of the results in relation to specific clinical cases, selected for the frequency with which they appear in current clinical practice. The integrative model of investigation, based on the evidence proposed by Fonagy and Roth, is utilized here. This review focuses on the importance of a complete review of the therapeutic process, as well as the utility of guides for clinical practice.

Introducción

Los cambios recientes en los sistemas de atención de salud en todo Occidente han llevado a una mayor preocupación con la efectividad de todas las intervenciones médicas. Esto ha hecho que las intervenciones psicológicas estén sujetas hoy también al escrutinio de muchos: financiadores de sistemas de salud, investigadores y aún de la opinión pública. La prensa ha preguntado de modo cada vez más incisivo en la demostración de la eficacia de las aproximaciones psicoterapéuticas, y la expresión "crisis del psicoanálisis" se ha hecho frecuente, no sólo por la duda ya

antigua acerca de la base científica de éste, sino por considerar que las intervenciones psicoanalíticas son menos eficientes y eficaces que muchas otras. No sólo el psicoanálisis, sino todas las psicoterapias son crecientemente comparadas con las aproximaciones psicofarmacológicas, y vistas como menos rápidas, eficientes o efectivas que éstas. La metodología de la investigación al respecto, si bien ha sido un tema antiguo para psicólogos desde tiempos de Eysenck, sólo en la última década se ha perfeccionado de modo que pueda ser utilizada por los investigadores en forma seria. Se trata de

una metodología compleja, en la cual es importante definir los motivos para preguntarse acerca de la necesidad de evaluación, las preguntas en sí mismas y los criterios para decidir si tenemos o no respuestas válidas. Habría que afirmar de partida, que no hay una respuesta para todos los interesados, y que se trata más bien de definir un modelo amplio para avanzar en la objetivación de los resultados terapéuticos. En este trabajo revisaremos algunos elementos claves de la metodología de este tema, para luego centrarnos en algunos de los resultados en relación a cuadros clínicos específicos, elegidos por su frecuencia de consulta. Seguiremos en general el esquema de investigación basada en la evidencia propuesto por Roth y Fonagy.¹ La investigación para ser llevada a la práctica requiere de otros componentes, tales como guías de procedimiento clínico y protocolos de prácticas recomendadas. Estos componentes debieran llevar a resultados que pudieran ser utilizados para desarrollos teóricos y técnicos posteriores. El conjunto de este proceso debiera mejorar el cuidado de los pacientes sometidos a psicoterapia.

La historia de los tratamientos psicosociales en psiquiatría es antigua; proviene como nos los ha recordado Laín Entralgo desde la Antigüedad Clásica,² y la de las psicoterapias tiene por lo menos cien años hoy día. En esta revisión usaremos la definición de Strupp de psicoterapia: "Proceso interpersonal diseñado para producir modificaciones en los sentimientos, cogniciones, actitudes y comportamientos que han sido problemáticas para la persona que requiere ayuda a un profesional entrenado."³ Esta definición se centra en las tres características de las psicoterapias: la presencia de una relación terapeuta-paciente; su contexto interpersonal; y el sentido profesional del proceso, lo que implica la existencia de modelos que guíen las acciones del terapeuta. Las orientaciones psicoterapéuticas, como hemos señalado en otra publicación⁴ han crecido explosivamente en la centuria que recién finaliza, llegando a contabilizar los distintos autores alrededor de medio millar de modalidades; estas orientaciones pueden reducirse a algunas orientaciones mayores: las psicoterapias psicodinámicas, las cognitivo-conductuales, las interpersonales, las estratégicas o sistémicas, las experienciales o de soporte, y las grupales. En la última década se han descrito además formas integrativas, que toman aspectos de distintas orientaciones en relación a condiciones específicas, tales como la terapia cognitivo analítica de Ryle en el Reino Unido, y la psicoterapia dialéctica experiencial de los trastornos límites de Marsha Linehan en los Estados Unidos (EEUU).⁵

Consideraciones metodológicas

Es importante distinguir entre la *eficacia* de una terapia: los resultados que produce dentro de un ensayo clínico controlado y de su *efectividad clínica*: su resultado dentro de la clínica habitual. En el primer caso, un tema central es la *validez interna* de los estudios, en el sentido de poder obtener inferencias causales válidas a partir de análisis

estadísticos apropiados. Esta validez es difícil de conseguir en la práctica clínica. Es difícil también desde este tipo de estudios obtener una adecuada *validez externa* en el sentido de poder generalizar desde las condiciones experimentales descritas a la práctica clínica habitual. Estas limitaciones no son propias solamente de los estudios de psicoterapia, sino de cualquier ensayo clínico: muchos medicamentos son útiles en condiciones experimentales, pero pierden eficacia en el día a día de la práctica clínica. Una intervención psicoterapéutica puede aparecer útil en condiciones experimentales, pero ser inaplicable en la práctica diaria. El estudio del proceso psicoterapéutico es extraordinariamente complejo, como el modelo de Orlinsky⁶ lo ha señalado. La distinción entre investigación de proceso e investigación de resultados es un elemento clasificatorio importante al respecto. La mayoría de los estudios sobre psicoterapias tradicionalmente han insistido en el proceso, tomando partido habitualmente por la corriente teórica que aporta los conceptos que conforman el modelo de intervención que utilizan los terapeutas. Progresivamente se está enfocando la investigación en psicoterapia más en los pacientes, agrupándolos en categorías diagnósticas específicas, más que en las persuasiones teóricas de los terapeutas. La revisión que seguirá a continuación se centrará en este enfoque por problemas de los pacientes, más que en los constructos teóricos que inspiran a los terapeutas.

Entre las metodologías que es necesario conocer para realizar este tipo de estudios se encuentran: (a) la de caso único, utilizada desde Freud hasta nuestros días; (b) Los ensayos clínicos aleatorios, con su foco en el impacto diferencial de los tratamientos, y su esfuerzo en controlar las variables externas que pueden interferir con esta medición de logros. Estos ensayos requieren habitualmente grupos controles, tema complejo en este tipo de estudios.

Las mediciones a realizar también deben ser pulidas. Hoy se ha distinguido entre perspectivas divergentes (del paciente, de sus familiares, de sus amigos, del terapeuta y de observadores independientes), entre dominios sintomáticos diferentes (sean de las emociones, de las cogniciones o del comportamiento), y entre diferentes áreas de funcionamiento (trabajo, conyugal, familiar, etc.). Hay diversos indicadores que se pueden utilizar para cuantificar estas perspectivas, indicadores que son rechazados por aquellos clínicos que sostienen que la riqueza y complejidad de cada paciente individual no puede ser reducida a mediciones cuantitativas. Se han diseñado así técnicas para tomar en cuenta variables psicodinámicas ligadas a la estructura de personalidad, como el Inventory of Personality Organization (IPO).⁷

Otros dos temas importantes de considerar son el del seguimiento (*follow-up*) y el de la atrición.³ El primero es importante en cuadros recurrentes para controlar el efecto de recaída. En muchos casos, tal como ya lo señaló Eysenck, hay una mejoría sintomática rápida, pero los síntomas reaparecen posteriormente. Por ello es importante el realizar mediciones no sólo inmediatamente, sino controles de mediano o largo plazo. La atrición o pérdida de pacientes

dentro del estudio es otra situación frecuente, que puede ser controlada estadísticamente en alguna medida, o bien aumentando la muestra con casos en los cuales existió “intención de tratar,” para evaluar la pérdida comparativa en ellos y en el grupo bajo tratamiento.

Un tipo de estudios cada vez más populares son los de meta-análisis, que reúnen múltiples estudios menores en una revisión amplia, utilizando la posibilidad de sumar los “tamaños del efecto” de cada uno de ellos en una medición cuantitativa general. El efecto agrupado se refiere a las diferencias agrupadas en unidades de desviación estándar referida a una curva normal. Como toda suma de efectos, la calidad de un meta-análisis dependerá de que cada estudio incluido sea metodológicamente adecuado.

Un avance importante en este tipo de estudios es el uso de clasificaciones tales como los *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* o *International Classification of Diseases (ICD)* de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, estas clasificaciones tienden a crear una “ilusión de homogeneidad,” que no hace justicia a la complejidad de los cuadros clínicos ni del trabajo psicoterapéutico realizado. Esto ha llevado a que muchos clínicos psicoterapéuticamente originados prefieran consideraciones meta-psicológicas o estructurales o de relaciones de objeto para formular sus predicciones con respecto a la tratabilidad de los casos. Recientemente Cierpka⁸ en Alemania ha propuesto una clasificación de este tipo, la *Operation-alized Psychodynamic Diagnosis (OPD)*. Otra posición más flexible es la de aprovechar las indiscutibles ventajas de las clasificaciones actuales en términos de homogeneidad de observación, y el hecho de que sean multi-axiales, introduciendo diversas miradas al paciente, y agregar a la clasificación psiquiátrica formal un eje de diagnóstico psicodinámico.

Un problema ligado al uso de las clasificaciones es el de la co-morbilidad: la existencia de múltiples cuadros clínicos en el mismo paciente. Esto hace difícil decidir cual es el síndrome principal, y por lo tanto incluir el caso en una u otra categoría. La presencia de co-morbilidad es mayor en settings especializados, como centros psiquiátricos, y donde se tratan cuadros con abuso de sustancias químicas. Disminuye en el nivel primario de atención, donde tienden a verse cuadros más simples.

Una aproximación alternativa a la del análisis del resultado de tratamiento de cuadros clínicos específicos, es la del análisis costo-beneficio, en el cual priman las consideraciones económicas. Este tipo de estudios está menos desarrollado comparativamente. Un criterio empleado, por ejemplo por Newman y Howard,⁹ es el de esfuerzo terapéutico, en el cual se evalúan la dosis de terapia requerida, el grado en el cual la terapia requiere recursos adicionales tales como hospitalización o de otros profesionales de apoyo, y el costo acumulativo involucrado en la terapia, lo que incluye el grado de especialización requerida de los terapeutas.

En la medida que cada vez más los tratamientos psicosociales se entregan en el contexto de servicios organizados de salud, ha existido una creciente presión para

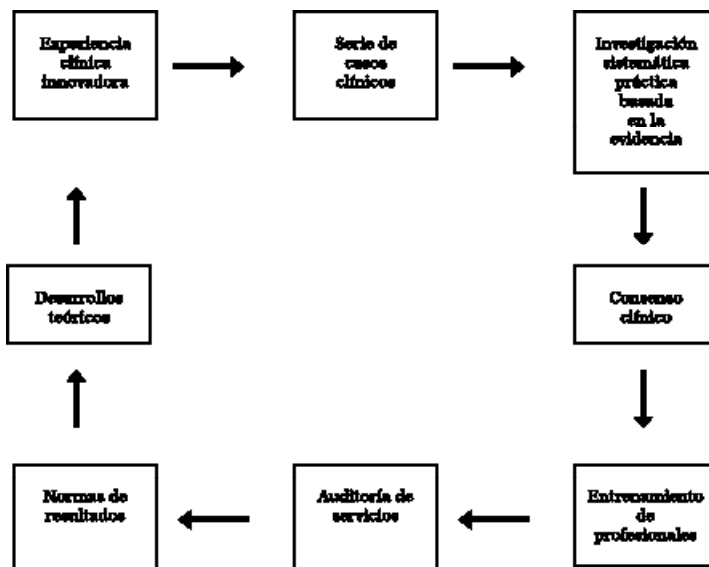
demostrar su efectividad. Distintos estudios, tanto del Congreso de los Estados Unidos, como de organizaciones de consumidores (Informe Nader), como del Servicio Nacional de Salud inglés han concluido que la psicoterapia en globo es más efectiva que el no tratamiento. Sin embargo, ha sido más difícil demostrar la eficacia comparativa de distintas técnicas terapéuticas, o de la comparación entre psicoterapias y farmacoterapias. Progresivamente los financiadores de servicios han insistido en la necesidad de demostrar que las modalidades terapéuticas indicadas realmente modifican las situaciones problema, actitud que ha sido resistida por muchos clínicos, que sienten que las normas y los límites de tiempo y costo colocados en lo que ellos plantean hacer son una intromisión indebida en la relación profesional-paciente: cada caso sería único, y no sería posible aplicársele patrones externos de rendimiento.

Otros han señalado que la práctica basada en la evidencia limita la posibilidad de innovar terapéuticamente, al favorecer a las aproximaciones más estudiadas y también más mensurables. Tal como antes señalamos, los objetivos de los clínicos en la práctica y de los investigadores son distintos: el clínico quiere resolver una situación específica compleja, mientras que el investigador prefiere manualizar las intervenciones lo más posible para identificar las relaciones causales que producen realmente el cambio. Un ejemplo es la importancia creciente atribuida a factores inespecíficos tales como una buena alianza terapéutica. Esta dependerá a su vez de la formación del terapeuta, que le permita reconocer los factores que promueven la alianza y detectar elementos que conspiran en su contra. En suma, no es tan claro que el adherir estrictamente a una práctica basada en la evidencia sea la mejor estrategia en el quehacer clínico cotidiano, donde se ven situaciones más complejas y mayores porcentajes de co-morbilidad que en los ensayos clínicos realizados en centros dedicados a la investigación.

Esto es especialmente cierto para técnicas que han sido comparativamente menos investigadas, como las terapias psicoanalíticas, las cuales pueden ofrecer ventajas justamente en casos complejos con co-morbilidad entre eje I y eje II, al ofrecer formulaciones más personalizadas y planes de manejo de pacientes más sofisticados. La evidencia al respecto en los pocos trabajos meta-analíticos existentes, como los de Crits-Cristoph¹⁰ y Svartberg y Stiles¹¹ apuntan a que las terapias analíticas tienen por lo menos tanta, y en el peor de los casos menos eficacia que las terapias cognitivo-conductuales. El tema ha sido abordado en mayor detalle en el reciente Open Review de la Comisión de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional.¹²

Roth y Fonagy han planteado un modelo integrativo que va desde la innovación clínica hasta la práctica cotidiana, cuyo propósito final es mejorar la calidad de la atención clínica (Figura 1) que liga sucesivamente la innovación clínica con la investigación, y luego ésta con la práctica basada en la evidencia, para finalmente ilustrar cómo esta práctica puede implementarse en la actividad clínica cotidiana. El modelo parte con la innovación clínica individual, que lleva a observaciones de caso único que

Figura 1: Proceso de innovación en la practica psicoterapeutica (Modificado de Roth y Fonagy')



R. Florenzano. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 2. Num 3. 2002

cambian la aproximación tradicional a un problema técnico dado. En una primera etapa de investigación, en el “modelo de reloj de arena” descrito por Salkovskis,¹³ con una primera fase menos estricta con recolección de casos clínicos, seguida por una con estándares rigurosos y con preocupación acerca de la validez interna, externa y generalizabilidad de los resultados. Se investiga luego cuidadosamente cuales son los componentes activos de la terapia, conducentes al cambio, y el modo de optimizar éstos. Este tipo de estudios, lentos y caros, son habitualmente recolectados por grupos de trabajo internacionales, como por ejemplo la American Psychiatric Association o la American Psychological Association, que producen luego Guías de Práctica recomendadas, que pasan a ser el tratamiento estándar en los lugares de práctica clínica. Estas guías deben monitorearse en los centros de práctica clínica a través de protocolos clínicos. En este caso lo crucial es combinar el juicio clínico individual con las recomendaciones de las guías, lo que debe luego monitorearse sistemáticamente.

El problema habitual en la aplicación de los protocolos, es la dificultad de reconocer las categorías diagnósticas amplias de las que derivan las guías, en las situaciones complejas y con elevada co-morbilidad que aparecen en la práctica cotidiana. Si bien existen modelos pan-teóricos de cambio, como el de Prochaska y Di Clemente,¹⁴ muchas veces es necesario priorizar y atenerse al protocolo del motivo central de consulta, y seguir el árbol de decisiones ofrecido por éste. El monitoreo de la efectividad de un protocolo en un lugar clínico específico a través de recolección local de datos, permite mejorar la calidad de la

atención en un proceso cíclico de monitoreo, evaluación y recomendaciones de modificación del protocolo. Surge aquí la importancia de la auditoría de los procesos terapéuticos, y la determinación de normas de rendimiento. La auditoría involucra elegir criterios de calidad de servicios, normas de atención y estándares de rendimiento. Este ciclo puede dar una retro-alimentación rápida a los terapeutas con respecto a hechos que permitan mejorar la efectividad de sus prácticas. Un elemento más complejo es la auditoría de resultados, que requiere indicadores simples de impacto, tales como los obtenidos a través de escalas tales como el SCL 90 de Derogatis, el BASIS 32 de McLean, o el OQ 45, que ha sido validado y utilizado en Chile por De la Parra.¹⁵ Cada vez más se ha tendido a utilizar algunos de éstos indicadores en estudios en red o cooperativos, que permiten recolectar información en diferentes dispositivos terapéuticos y avanzar así en la instauración de prácticas clínicas basadas en la evidencia.

Resultados por cuadro clínico

Revisaremos los cuadros clínicos más frecuentemente vistos en la práctica clínica ambulatoria, sea en servicios psiquiátricos de hospital general como en el nivel primario de atención. En orden, revisaremos los trastornos depresivos, ansiosos, por uso de sustancias y finalmente las alteraciones de personalidad.

Trastornos depresivos

La depresión es el cuadro más frecuentemente diagnosticado en la práctica psiquiátrica, y su prevalencia en la población general es en promedio 6% a nivel internacional,

y más alta en estudios chilenos, llegando a niveles del 20 a 25%. Las psicoterapias por lo tanto se utilizan muy frecuentemente para tratarlos, debiendo distinguirse para evaluar su efectividad el tipo de depresiones. En particular, debieran separarse los trastornos depresivos agudos (depresiones mayores) de las formas crónicas (distimias depresivas). En general, mientras más severo el cuadro depresivo, menor es su respuesta a las terapias psicológicas. En la mayoría de los casos, la depresión tiende a la cronicidad y la posibilidad de recaída es alta: por ello, la efectividad de la psicoterapia debiera evaluarse por lo menos siguiendo el caso por dos años.

En relación a las formas específicas de terapias, los estudios mejor diseñados subrayan la utilidad de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) y de la terapia interpersonal de la depresión (TIP). Un estudio importante (el Proyecto de Psicoterapia de Sheffield) encontró también útil la terapia exploratoria psicodinámica. Los tratamientos breves tienen un impacto elevado en el corto plazo, el cual disminuye en los seguimientos prolongados. La eficacia a largo plazo de las psicoterapias prolongadas no ha sido sistemáticamente evaluada. Hoy en día, el tratamiento psicofarmacológico prolongado es el único método inequívocamente efectivo para prevenir las recaídas. Hay alguna evidencia de que el uso adjunto de TIP puede ayudar en esa prevención. Los estudios meta-analíticos, tomados en conjunto sugieren que la mayoría de los pacientes obtienen beneficios clínicamente significativos en la mayoría de los casos, aunque pueden mostrar aún síntomas y vulnerabilidad a las recaídas al fin de las psicoterapias. Es difícil establecer la eficacia relativa de los tratamientos, debido a insuficientes bases de datos. Sin embargo, la TCC de acuerdo a los meta-análisis es el método más poderoso para tratar los síntomas agudos de la depresión.

Los tratamientos combinados parecen ser mejores que el uso independiente de intervenciones psicoterapéuticas o médicas. En el nivel primario de atención hay menos estudios amplios, aunque la evidencia sugiere que también los tratamientos psicológicos deben ser efectivos. Los casos más refractarios son las depresiones dobles (o endoreactivas), en las cuales se sobreponen una distimia con trastornos depresivos mayores sucesivos. En resumen, la alta prevalencia de depresión hace importante contar con capacidad de respuesta psicoterapéutica para estos cuadros, sabiendo que los pacientes distímicos o con tendencia a la cronicidad son refractarios a las intervenciones puramente farmacológicas. Las intervenciones breves tienen sus limitaciones en estos casos, donde es claro hoy día que debe recomendarse terapia de mantención de alguna índole. Para maximizar la mantención se recomienda hoy la combinación de fármaco y psicoterapia. Es necesario también tomar en cuenta el costo-beneficio de estas combinaciones, pensando en el costo de los medicamentos, así como la posibilidad de reacciones adversas que llevan a muchos pacientes a discontinuar sus fármacos. Una cadena de servicios para pacientes depresivos debe pues incorporar elementos de terapias breves, manejo medicamentoso por

médicos generales, y un sistema apropiado de derivaciones para aquellos casos refractarios o con tendencia a la cronicidad. El Ministerio chileno de Salud ha diseñado un programa de tratamiento de la depresión que está hoy siendo sistemáticamente evaluado. Entre las intervenciones que debieran ser más estudiadas están la calidad de servicios (incluyendo comparaciones entre tarapeutas noveles y expertos), la duración de las terapias y la utilidad de las formas específicas de intervención (cognitivo-conductual, interpersonal o psicodinámica).

Un caso particular entre los cuadros afectivos lo representa el trastorno bipolar, mucho menos frecuentemente que los cuadros depresivos recién estudiados. Su frecuencia es de alrededor del 1% de la población general, y la evidencia muestra que el tratamiento central es psicofarmacológico. Las psicoterapias tienen un rol de apoyo en relación a mejorar la adherencia (*compliance*) a los tratamientos medicamentosos, así como disminuir la frecuencia de las hospitalizaciones. Específicamente, las intervenciones familiares orientadas a controlar la expresión de emocionalidad en las intervenciones familiares parecen ser de especial utilidad. Lo mismo se puede decir de los trastornos esquizofrénicos, que hoy son vistos como cuadros neuro-psiquiátricos con un fuerte componente genético.

Trastornos ansiosos

Estos cuadros son tan comunes como los depresivos en la población general, en especial las fobias sociales simples, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, y el trastorno generalizado de angustia (TGA). Las cifras de remisión espontánea son comparativamente elevadas. En un estudio de Wittchen¹⁶ éste encontró que estas cifras eran para el TP de un 14,3%, para la agorafobia 34.6%, para la fobia social un 21.9%. En relación al TGA, Blazer¹⁷ encontró que un 40% de los casos lo habían presentado por más de cinco años y un 10% por más de diez. Se trata pues también de cuadros que tienden a la cronicidad. Sus prevalencias son mayores entre el sexo femenino: las mujeres presentan entre 1/3 y 2/3 más cuadros ansiosos que los hombres. Frecuentemente se combinan entre sí, con trastornos afectivos, y con alteraciones de la personalidad. Existe pues un rango amplio de cronicidad, severidad y co-morbilidad lo que representa un desafío mayor en la terapia de estos cuadros. Las fobias simples responden especialmente bien a los tratamientos desensibilizantes clásicos: en un 70 a 85% ceden a estos métodos, sin que el agregar un componente cognitivo parezca mejorar estos porcentajes. Cuando la exposición es dirigida por el terapeuta parece haber mejor respuesta que cuando el paciente se expone en forma independiente. Las fobias sociales, asimismo, parecen responder a los tratamientos cognitivo-conductuales, sean exposición in vivo, sea entrenamiento en destrezas sociales. Este último es particularmente útil cuando se asocian a trastorno evitativo-fóbico de personalidad, cuadro de pronóstico más reservado a la larga. Las técnicas de reestructuración y otras intervenciones cognitivas agregan

efectividad a los tratamientos conductuales solos. El TGA responde especialmente bien a las terapias cognitivo-conductuales realizadas por terapeutas expertos: 2/3 a 3/4 de los pacientes muestran una buena recuperación clínica al seguimiento de seis meses. Esta mejoría se mantiene aún cuando hay co-morbilidad con trastorno de pánico o depresión. La recuperación, sin embargo, muchas veces no es total: sólo un cuarto a un tercio de los casos la obtienen. Las mejorías obtenidas con terapias psicológicas, de acuerdo a los meta-análisis realizados, se mantienen a lo largo del tiempo, lo que diferencia estos tratamientos de la recuperación con tratamiento psicofarmacológico, en la cual hay frecuentes recaídas al suspender el medicamento. Las benzodiacepinas, el propranolol y algunos anti-depresivos han demostrado una eficacia similar a las psicoterapias en el manejo agudo de los síntomas, pero con mayores tasas de recurrencia al suspender la droga. La combinación de psico y farmacoterapia es pues recomendable: la última mejora la adherencia, ya que con medicamento sólo, las tasas de abandono son comparativamente altas.

En comparación a otras técnicas psicológicas, las de control de pánico parecen ser mejores que las de relajación y las psicoterapias de apoyo. Los datos anteriores deben interpretarse con cuidado, dado el hecho de que la mayoría de los seguimientos son de corto plazo: hay poca evidencia con respecto al pronóstico a la larga de estos cuadros. Es claro que el cuadro más refractario a los tratamientos, tanto psicológicos como médicos, es el TGA, en el cual la terapia actualmente de elección es la TCC combinada con técnicas de exposición. Cuando el cuadro es severo, los medicamentos sean ansiolíticos, sean anti-depresivos definitivamente ayudan. No hay mayor evidencia de que las drogas interfieran con las psicoterapias, aunque utilizadas solas no son a la larga más efectivas que éstas: los efectos terapéuticos tienden a desaparecer rápidamente después de la suspensión de la droga. En ambos casos, los pacientes con estos cuadros permanecerán algo alterados en las evaluaciones de largo plazo, con mayor susceptibilidad al estrés y a las situaciones traumáticas. Las terapias psicodinámicas no han sido sistemáticamente evaluadas en estos casos, considerándose que sus indicaciones se dan cuando co-existen con trastornos de personalidad, o cuando todas las técnicas anteriores han fracasado.

El trastorno obsesivo-compulsivo es comparativamente menos frecuente que los cuadros anteriores, aunque la comorbilidad con ellos es elevada. La mayoría de los pacientes, sin embargo, persisten con cierta cantidad de incomodidad: la curación completa es rara. Los resultados a largo plazo parecen mantenerse, especialmente cuando se realizan tratamientos combinados con anti-obsesivos tales como la clomipramina o la venlafaxina. La comparación del efecto de los fármacos con las terapias recién mencionadas da resultados similares, con una mayor tasa de recaídas al suspender el medicamento. Los resultados de otras aproximaciones psicoterapéuticas son inferiores a los de las técnicas conductuales ya mencionadas; las técnicas

inespecíficas de psicoterapia no debieran ser utilizadas, ya que las técnicas enfocadas en los síntomas obsesivos tienen un buen rendimiento. No hay datos adecuados con respecto a los cuadros más severos o más crónicos.

Trastornos de las apetencias

Estos cuadros presentan elevada co-morbilidad con otros trastornos del eje I, especialmente con depresión, ansiedad, fobias sociales y TOC. Los casos más severos presentan comorbilidad también con una o varias alteraciones de personalidad. Los pacientes anorécticos jóvenes parecen responder mejor a la terapia familiar que a la individual, pero en los casos severos es necesario muchas veces recurrir a la hospitalización, con manejo de contingencias estricto, el cual parece ser efectivo. Sin embargo, después de los 18 años los jóvenes empiezan a responder mejor a terapias individuales eclécticas que a las terapias de familia. Las terapias individuales psicodinámicas, en pacientes ambulatorios tienen también resultados interesantes. Este es uno de los cuadros donde hay comparativamente pocos estudios metodológicamente bien diseñados y con suficiente número de casos. En la bulimia nerviosa se han mostrado útiles técnicas cognitivo-conductuales tales como cambiar los lugares y actitudes frente a la alimentación, el restablecimiento del control, la corrección de auto-imágenes distorsionadas, etc. No hay evidencia clara de la efectividad de los medicamentos. En muchos casos, se recomiendan terapias multimodales que incorporen componentes individuales, familiares y médicos. Cuando la respuesta a la intervención multi-modal breve no es buena, es necesario pensar en tratamientos más prolongados.

Trastornos de personalidad

La presencia de estos cuadros interfiere con la efectividad de las terapias de diagnósticos del eje I: en un trastorno ansioso o depresivo, la existencia de una alteración asociada de personalidad, ensombrece el pronóstico, independientemente del tipo de terapia utilizada. Sólo recientemente se han diseñado modalidades técnicas estructuradas para el tratamiento de estos cuadros. Estos resultados deben interpretarse cautamente sin embargo, ya que estos pacientes tienen una tendencia a mejorar en el largo plazo solos. En el caso de los pacientes limítrofes, la terapia dialéctico conductual diseñada por Linehan¹⁸ ha demostrado su utilidad en disminuir el riesgo suicida y en las tasas de rehospitalización. Los seguimientos de corto plazo no son muy útiles en estos pacientes, que por definición presentan cuadros estables a lo largo de la vida, con alternancia de períodos asintomáticos con otros en los que se alteran en forma muy severa. Los trastornos evitativos se benefician con técnicas de destrezas sociales, y otras metodologías cognitivas. Su pronóstico es de todos modos reservado, ya que pueden recrudescer al pasar de un contexto a otro. Algunos medicamentos, sean neurolépticos o inhibidores de la recaptación de serotonina, parecen ser útiles en controlar ciertos síntomas particulares tales como impulsividad o agresividad. En estos cuadros es clara la necesidad de

abandonar las descripciones sindromáticas de categorías de trastornos, para tomar otra aproximación dimensional o centrada en problemas específicos. Se deben entonces buscar tratamientos específicos centrados en problemas y en rasgos específicos de personalidad. Esto implica definir indicadores de impulsividad, des-inhibición conductual, sobre-apego ansioso, evitación social, etc. Estos casos deben tratarse con aproximaciones de largo plazo, e incluso algunos deben mantenerse en control de por vida. Dado que implican costos mayores para el individuo, su familia y la sociedad, es necesario realizar estudios de costo-efectividad de las intervenciones de tratamiento, ya que por intensivas que éstas sean, muchas veces son necesarias para evitar consecuencias fatales para la vida o bienestar de los pacientes o quienes les rodean. Asimismo, dado lo complejo y costoso de las terapias, es importante investigar factores preventivos que puedan disminuir el riesgo de desarrollar una de estas alteraciones severas y crónicas de personalidad.

Estudios latinoamericanos

En Latinoamérica han existido comparativamente pocos estudios evaluativos para evaluar la eficiencia o efectividad de psicoterapias. Desde hace más de una década ha funcionado activamente una organización, la Society Psychotherapy Research, cuyo capítulo Sudamericano se formó en Mendoza a comienzos de la década de los noventa, para reunirse por última vez en Montevideo en Julio del 2001. Desde una perspectiva psicoanalítica se han realizado varias reuniones acerca de investigación empírica en psicoanálisis: la primera en Buenos Aires en 1998, otra en Santiago de Chile en 1999, y la tercera en Gramado en Julio del 2000. Por lo menos dos publicaciones han surgido de estos encuentros.^{19,20} La mayoría de los trabajos de estas publicaciones han descrito investigaciones realizadas en otras latitudes, pero comienzan a surgir estudios locales.

Uruguay

Gabriela Montaldo, en Uruguay, describe resultados de una psicoterapia focal psicoanalítica,¹⁹ en un trabajo que comunica el seguimiento de 50 casos tratados. A todos los casos se les aplicó el SCL 90 R de la Universidad de Johns Hopkins, cuestionario sintomático que contiene varias escalas de psicopatología, con dimensiones para somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, paranoia e índices psicóticos. Las 39 psicólogas en entrenamiento tenían en promedio 4 años de egresadas, con una mayoría (64%) con hasta cinco años de experiencia de realizar terapia, y una minoría (10%) más de cinco. Un 26% no tenía ninguna experiencia previa. El 82% de los pacientes consultó en situación de crisis, en su mayoría con problemas de pareja, seguido por dificultades en relaciones familiares, laborales o de estudio. El promedio de duración de las terapias fue de 20 semanas (5 meses), y de sesiones fue de 18. En los resultados, se describe que en la mayoría de los casos estudiados, la percepción de mejoría fue calificada como de notable, tanto por parte de los

terapeutas como por los pacientes. En 21 de los 50 casos terapeuta y paciente coincidieron en esta apreciación. En 35 casos los pacientes calificaron su recuperación como notable, mientras que en 24 los terapeutas llegaron a la misma calificación: los terapeutas son más críticos de su efectividad que los pacientes, según este estudio. El entendimiento mutuo fue fácil o muy fácil para casi la totalidad de los casos: 48 terapeutas y 49 pacientes así lo estimaron. La escala SCL 90 mostró una disminución global de la gravedad de los síntomas en el 96% de los casos. Esta mejoría se correlacionó con la apreciación subjetiva de recuperación por parte de los pacientes.

La República Argentina

Otro estudio en vías de realización, es el estudio multicéntrico latinoamericano de efectividad del psicoanálisis, coordinado desde Buenos Aires,²⁰ que proyecta comparar el progreso y el resultado terapéutico de dos grupos de pacientes en psicoanálisis: uno con frecuencia de tres o más sesiones a la semana, y otro con una o dos sesiones. El diseño es naturalístico: los pacientes no son asignados sino se auto seleccionan en uno de ambos grupos. Hasta el momento se han reclutado 18 pacientes en programa: 13 mujeres y 5 hombres, cuya edad promedio es de 32.8 años. Catorce pacientes están en el grupo de baja frecuencia y cuatro en el de alta. Todos los casos están en práctica privada.

En Buenos Aires, Hagelin y colegas²¹ han estudiado, mediante la grabación sistemática, aspecto del psicoanálisis en tres variables: relaciones de objeto, ansiedades y defensas. Se utilizó el CCRT de Luborsky como el método para evaluar el tipo de relaciones de objeto, la conceptualización de Perry para medir las defensas, y una escala especialmente diseñada para las ansiedades. Los resultados han documentado una mejoría en tres dominios específicos: sintomáticos, de personalidad y familiar-sociales. El principal problema del estudio, según los autores, fue la ausencia de hipótesis explícitas.

México

En Ciudad de México, Pablo Cuevas Corona²² comenzó una investigación en 1993 con programa de entrenamiento para 13 analistas realizado por Otto Kernberg centrado en la utilización de su método de psicoterapia psicodinámica para el tratamiento de los trastornos limítrofes. Se utilizó el manual respectivo preparado por Clarkin y Kernberg. Se limitó la observación de los casos tratados a un año de sesiones, exigiéndose un mínimo de 25 sesiones para considerar que el caso estaba en tratamiento. La muestra fue seleccionada utilizando diversos tests: el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), test de personalidad de Catell, Weschler Assessment of Intelligence Schedule y la entrevista estructural de Kernberg. Todos los casos fueron tratados en terapia cara a cara de dos veces por semana, siguiendo el manual. Todas las sesiones fueron videograbadas. Los casos fueron supervisados por investigadores entrenados. El equipo de investigación calificó en qué

medida se había adherido al manual. Se formaron dos grupos: casos tratados con el manual y casos que recibieron tratamiento habitual. Los datos publicados en el Open Review se refieren a ocho casos, cuatro en el primer grupo y cuatro en el segundo. Los resultados iniciales si bien no encuentran diferencias entre ambos grupos, aunque el impacto en cuanto a proceso son impresionantes: todos los pacientes mejoraron en forma importante en su control de impulsos y en la aparición de tormentas impulsivas.

Chile

En Chile, la investigación sobre psicoterapia es reciente. Si bien varios chilenos han participado desde los orígenes del Capítulo latinoamericano de la SPR en Mendoza, la mayoría de las publicaciones son más bien comentarios al tema.²³ En una reciente revisión, Moncada y Olivos revisan los últimos diez años de publicaciones chilenas al respecto,²⁴ encontrando que la mayoría de las publicaciones se centran en epidemiología, políticas de salud mental y temas diagnósticos. Solo un 10% de los 216 artículos revisados se refieren a tratamiento, y ellos se centran en percepción de los pacientes hacia la psicoterapia, así como en la persona del terapeuta. En los últimos años surge un interés en manuales de psicoterapia, y en el estudio del cambio. Una línea específica impulsada por un grupo chileno es el estudio del cambio de las técnicas de intervención en crisis: Martínez y Alonso²⁵ documentaron la evolución de 41 casos tratados con una técnica de psicoterapia breve, utilizando tres mediciones sucesivas con el OQ 45, instrumento validado en nuestro medio por Van Bergen y de la Parra. El puntaje promedio de la muestra al entrar al estudio fue de 119 puntos, encontrándose una disminución significativa al cabo de seis sesiones en 46.4% de los pacientes. El mayor aporte de descenso lo constituye la subescala de síntomas, siendo menos significativo en las de relaciones interpersonales y de rol social.

Conclusiones

Los estudios antes revisados permiten algunas conclusiones con respecto a la investigación sobre la efectividad de las psicoterapias, y su aplicación a la práctica clínica habitual: en ella hay que tomar los hallazgos de los estudios controlados de tipo académico con cautela. Tal como señaláramos, existen limitaciones metodológicas importantes al respecto: la ausencia de seguimientos de largo plazo, el uso de sistemas clasificatorios centrados en síntomas independientes y con altas tasas de comorbilidad, las fallas inherentes a las conclusiones de los estudios meta-analíticos (cobertura, calidad de los estudios individuales, problemas en las conclusiones estadísticas). Los resultados de las revisiones basadas en la evidencia empírica deben estar actualizándose permanentemente, ya que cada vez se incorporan más datos recientes, lo que es especialmente importante cuando surgen terapias innovadoras.

El rol de los tratamientos de mantención es un elemento a tomar en cuenta, al mostrar los estudios que múltiples cuadros deben tener terapias prolongadas, sean de psicoterapias estructuradas, sean de combinaciones de

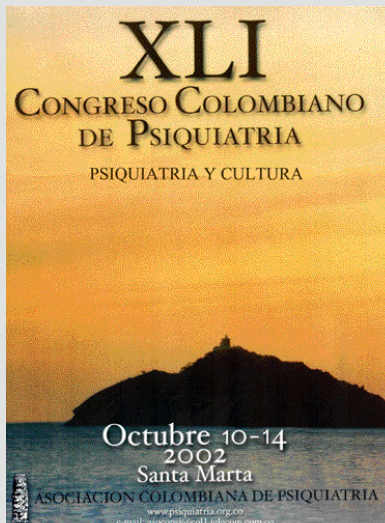
tratamientos farmacológicos y psicológicos. La organización de los servicios clínicos debiera hacerse tomando en consideración los hallazgos empíricos, creando una “cascada” de intervenciones desde el nivel primario, pasando por el secundario y hasta el terciario. En el primer nivel, las intervenciones debieran centrarse en los cuadros agudos y reactivos, y en su manejo por personal general de salud, para luego organizar un sistema de derivación y contra-derivación hacia y desde los niveles especializados. Las definiciones al respecto debieran tomar en cuenta factores tales como la cronicidad, severidad y refractariedad de los cuadros, y el tipo de profesionales existentes en cada uno de esos niveles. Los sistemas de monitoreo y de auditoría debieran utilizarse para tener fichas de rendimiento locales con respecto a los cuadros más frecuentemente vistos, que se pudieran comparar en redes de centros de salud mental. Las implicaciones para entrenamiento y educación son también relevantes, al sugerir la evidencia que las destrezas de los diversos terapeutas deben considerarse al asignarles casos: claramente estas destrezas serán menores en el nivel primario y mayores en los programas de tratamiento de los cuadros más severos o crónicos. El entrenamiento debiera llevar o bien a especializar a los terapeutas en técnicas específicas, camino que ha sido el usual hasta ahora, o bien entrenarlos en técnicas alternativas, algunas más generales o inespecíficas y otras más especializadas. La evidencia cada vez más apunta a la efectividad de terapias específicas para trastornos específicos, más que al uso indiscriminado de técnicas de tal o cual orientación teórica. Dentro del entrenamiento de los futuros terapeutas es cada vez más necesario el conocer las metodologías y el modo de mantenerse al día en medicina basada en la evidencia.²⁶

Con respecto a futuras investigaciones en psicoterapia, es necesario subrayar la necesidad de validar empíricamente terapias tradicionales pero sin base firme en la evidencia, como el psicoanálisis y las terapias dinámicas; en el estudio de técnicas específicas para abordar cuadros severos y costosos, como los trastornos severos de personalidad, las consecuencias del maltrato o trauma infantiles, los trastornos somatomorfos, y algunas formas de depresiones refractarias. Finalmente, es necesario perfeccionar los sistemas de monitoreo del impacto de las psicoterapias en la práctica clínica habitual, mediante sistemas de uso de protocolos, auditoría de éstos y estadísticas locales de efectividad como el anteriormente sugerido. Las mediciones implican el uso de indicadores no sólo de mejoría sintomática, sino de avance en las relaciones interpersonales, familiares o laborales, así como en la adaptación global de la persona. Es en esta área donde las psicoterapias pueden representar ventajas comparativas con respecto a los tratamientos farmacológicos. Estos resultados debieran difundirse activamente entre los clínicos que están en la práctica cotidiana, ya que muchas veces los resultados de los estudios de este tipo quedan sólo en el ámbito académico o entre los grupos especializados de investigadores. **PSI**

Referencias

- Roth A., Fonagy P. *What works for whom?* New York, NY: Guilford Press;1996.
- Lain Entralgo P. *La curación por la Palabra en la Antigüedad Clásica*. Madrid: Gredos; 1963.
- Strupp H. Psychotherapy Research and Practice—an overview. In: Bergin AE, Garfield SI, eds. *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. 2nd edition. New York: Guilford Press; 1978.
- Florenzano R. *Elementos de Psicoterapias Dinámicas*. Editorial Universitaria: Santiago de Chile; 1984.
- Linehan ML. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press; 1993.
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and Outcome in Psychotherapy. In AE Bergin, SL Garfield, eds. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th edition. New York, NY: Wiley;1994.
- Lenzenwenger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The Inventory of Personality Organization: Psychometric Properties, Factorial Composition and Criterion Relations with Affect, Aggressive Dyscontrol, Psychosis Proneness, and Self Domains in a Non clinical Sample. *Psychology Assessment*. 2001;13:577-591.
- Cierpka M, Dahlbender RE, Dresch F. *Operationalized Psychodynamic Diagnosis*. New York, NY: Hogrefe y Huber; 2000.
- Newman FL, y Howard, KI. Therapeutic effort, treatment outcome, and national health policy. *American Psychologist*. 1986;41:181-187.
- Crits-Cristoph, P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy. *Arch Gen Psych*. 1992;149:151-158.
- Svartberg M y Stiles, TC. Therapeutic alliance, therapist competence and client change in short-term anxiety provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 1994;4:20-33.
- Fonagy, P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London, UK: Research Committee of the International Psychoanalytic Association;2000.
- Salkovskis PM. Demonstrating specific effects in cognitive and behavioral therapy. In Aveline M, Shapiro D, eds. *Research foundations for psychotherapy practice*. Chichester, MA: Wiley;1995.
- Prochaska JO. *Systems of Psychotherapy: A trans-theoretical analysis*. Homewood El, 1984.
- De la Parra G. In: Von Bergen A. Investigación Empírica en Psicoterapia; Validación del Cuestionario de Resultados Terapéuticos OQ-45. [Tesis para optar al título de Licenciado en Psicología]. Santiago de Chile: Universidad Nacional Andrés Bello; 2000.
- Wittchen HU. Natural course and spontaneous remission of untreated anxiety disorders. Results of the Munich Follow Up study. In: Hand I, Wittchen HU, eds. *Panic and Phobias*. 2nd Edition. Heidelberg, Germany: Springer; 1988.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1991;151:979-986.
- Linehan, M. *The Skills Training manual for treating personality disorders*. New York, NY: Guilford Press;1993.
- Montaldo, Gabriela. Resultados de una Psicoterapia Focal Psicoanalítica. In: Bemardi R and Cols. *Psicoanálisis, Focos y Aperturas*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros; 2001.
- Lancelle G, Bernardi R, Epstein G. The Latin American Effectiveness Study: Effectivity and Efficiency of Psychoanalytic Treatment of Long Duration and High Frequency as Compared with Long Duration and Long Frequency. In: Fonagy P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London, UK: Research Committee of the International Psychoanalytic Association; 2000.
- Hagelin A., Acosta Guemes S, Tebaldi E, Hodari ME, Weissman JD. The Buenos Aires Study. Empirical study of a six year successful psychoanalytic therapy of a patient with Anorexia Nervosa. In: Fonagy P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London, UK: Research Committee of the International Psychoanalytic Association; 2000.
- Cuevas, P y López, N. The México City Study: The psychodynamic psychotherapy of BPD. In: Fonagy P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London: Research Committee of the International Psychoanalytic Association; 2000.
- Jiménez, J P. ¿Investigación en Psicoterapia? Claro que sí, pero, ¿A quién le interesa? In: *Investigación en Psicoterapia: Procesos y Resultados*. Gril E, Ibáñez A., Mosca y Souza PLR., eds. Pelotas: Educat;2000.
- Moncada L, Olivos P. Panorama de las investigaciones de post-grado en el área de la psicoterapia en la última década. *Psiquiatría y Salud Mental (Chile)*. 2001;18:49-55.
- Martínez, C., Alonso, C. La técnica de intervención en crisis en el servicio de Urgencia del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. *Psiquiatría y Salud Mental (Chile)*. 2001;18:12-21.
- Rowland N, Gross S, eds. *Evidence Based Counseling and Psychological Therapies*. London, UK: Routledge; 2000.

La Asociación Colombiana de Psiquiatría les invita al:



Para favorecer una cultura científica razonada es necesario construir espacios como el que pretende ser el XLI Congreso Colombiano de Psiquiatría, donde se buscan establecer un diálogo que conjugue elementos clínicos y reconozca los espacios donde estos se verifican, advirtiendo su influencia mutua. Se esperan encontrar respuestas a: ¿Cómo replantear la escucha, la entrevista y la historia clínica?, ¿Cómo hacer que el diagnóstico sea culturalmente comprensible?, ¿Cómo compartir el diseño del plan de tratamiento?, ¿Cómo compaginar las restricciones de tiempo, espacio y otros recursos que el sistema impone con la especificidad de las demandas, sin que las alternativas propuestas caigan en la utopía? Al concluir el encuentro los organizadores desean tener la convicción de haber ampliado estos conceptos.