

## Psicoterapia Integrativa en el Tratamiento de Trastornos de Personalidad: Estudio Descriptivo de Resultados Terapéuticos

### Integrative Psychotherapy in Personality Disorder Treatment: A Descriptive Study of Therapeutic Results

Claudia Calderón  
Universidad de Valparaíso

La presente investigación se plantea el objetivo de realizar una descripción exhaustiva y rigurosa de los resultados terapéuticos obtenidos por pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad tratados con la modalidad de psicoterapia integrativa propuesta por el Modelo Integrativo Supraparadigmático. Una muestra de 50 pacientes fue evaluada en diez escalas clínicas al inicio de la psicoterapia y luego de transcurrido un mínimo de seis meses en tratamiento. Los resultados terapéuticos, expresados por el cambio en los valores de las escalas clínicas, son analizados descriptivamente a nivel de grupo y a nivel individual utilizando técnicas estadísticas estándar y el criterio de cambio clínicamente significativo propuesto por Jacobson, Roberts, Berns y Mc Glinchey (1999). Los resultados revelan patrones de cambio estadísticamente significativos y clínicamente relevantes en algunos pacientes.

The aim of this research is to make an exhaustive and rigorous description of the therapeutic outcome of patients diagnosed with personality disorders and treated with the integrative psychotherapeutic treatment proposed by the Supraparadigmatic Integrative Model. A sample of 50 patients was assessed in ten clinical scales at the beginning of the psychotherapy and later, after a minimal period of six months of treatment. The therapeutic results, expressed by the change of values in the clinical scales, were descriptively analyzed at group and individual levels, using classical statistical techniques and the clinically significant index proposed by Jacobson, Roberts, Berns, and Mc Glinchey (1999). The results reveal statistical and clinically significant change patterns in some patients.

#### Antecedentes en el Ambito Clínico de los Trastornos de Personalidad

Los *trastornos de personalidad* corresponden a uno de los tópicos más frecuentemente referidos como objeto de estudio de la psicopatología y de trabajo en el ámbito clínico psicológico y psiquiátrico. La clasificación americana DSM-IV de los trastornos mentales (1995) los define como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamientos que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (p. 645). Por otra parte, considera los trastornos específicos de la personalidad como entidades independientes formadas por un conjunto de rasgos personológicos nucleares en cada uno de ellos.

Las 10 categorías diagnósticas definidas como *trastornos específicos de la personalidad* son agrupadas en tres clusters; el Grupo A que incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, donde los sujetos se caracterizan por parecer raros o excéntricos; el Grupo B que incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista, donde los sujetos se caracterizan por parecer dramáticos, emotivos o inestables; y el Grupo C que incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo compulsivo de la personalidad, donde los sujetos suelen parecer ansiosos o temerosos.

La prevalencia de estos trastornos oscila entre el 0.5% y el 3% en la población general en los distintos trastornos específicos; y entre el 3% y el 30% en poblaciones psiquiátricas y de tratamiento ambulatorio (Benazzi 2000; Escobar, Beltrán, Riquelme & Nuñez 1991; Florenzano, 2000; Lenzenweger, Loranger, Korfine & Neff, 1997; Maier, Lichtenmann, Klinger, Jun & Hallmayer, 1992; Nurnberg, Martín, Roger & Joyce, 2000; Reich, 1987; Samuel, Nestadt, Romanoski, Folstein & Mc Hug, 1994; Swanson, Bland & Newman, 1994; Zimmerman & Coryell, 1989). Respecto de la comorbilidad, las investigaciones han demostrado que los trastornos específicos de la personalidad presentan una elevada frecuen-

---

Claudia Calderón, Escuela de Psicología.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a la autora. E-mail: claudia.calderon@uv.cl o claucal@entelchile.net  
La autora agradece el apoyo brindado por CONICYT para la realización del programa de Magíster en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, cuyos resultados son presentados en el presente artículo.

cia de comorbilidad con trastornos del eje I y II (Corruble, Ginestet & Guelfi, 1996; Heinman & Habinger 1993; Jorgensen, Bennedsen, Christensen & Hyllested, 1996; Lewinsohn, Rohde, Seeley & Klein, 1997; Morgenstern, Langenbucher & Labouvie, 1997; Seiverwright & Daly 1997; Skodol, Oldham & Gallaher, 1999).

Históricamente han sido tratados desde el ámbito de la psicoterapia, incorporándose más recientemente el uso sistemático de terapias farmacológicas (Florenzano, 2000; Jerez & Silva, 1996, 1997; Trucco, 1993), que guían su accionar de acuerdo a la similitud que presentan algunos trastornos de personalidad con cuadros clásicos del eje I.

Desde el campo de la psicoterapia, existen al menos dos conjuntos de ideas centrales y con suficiente evidencia empírica en torno al tratamiento de estos cuadros:

1. Constituyen complejos fenómenos psicopatológicos, de larga evolución y con funcionamiento inflexible, con un importante deterioro pre-tratamiento, que responden menos favorablemente en la mayoría de los casos a las intervenciones psicoterapéuticas tradicionales (Jerez & Silva, 1996; Millon, 1999; Shearin & Linchan, 1992).
2. La presencia comórbida de un trastorno del eje II aumenta la gravedad, empeora el pronóstico y favorece la cronicidad de los cuadros sindrómicos en los otros ejes de la clasificación diagnóstica, a la vez que disminuyen la eficacia que los tratamientos psicoterapéuticos suelen obtener en casos sin comorbilidad del eje II (Ampollini, Marchesi & Signifredi, 1997; Barber & Muenz, 1996; Fava, Alpert, Borus & Nierenberg, 1996; Hardy, Barkham, Shapiro, Stiles, Rees & Reynolds, 1995; Kuyken, Beck, Kurzer & De Rubeis, 2001; Reich, 1988; Skodol, Oldham & Gallaher, 1999; Stravynski, Grey & Elie, 1987; Swanson, 1994; Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986).

Los estudios de resultados de psicoterapia en este tipo de pacientes, reportan en general un éxito moderado en los niveles de mejoría alcanzados (Alden, 1989; Allen, 2001; Beck & Freeman, 1995; Budman, Cooley, Demby, Dópenla, Koslof & Powers, 1996a; Budman, Demby, Soldz & Merry, 1996b; Feske, Kevin, Chambless & Renneberg, 1996; Fisher & Kia, 1996; Kernberg, 1997; Kuyken, Beck, Kurzer & De Rubies, 2001; Ogles, Lambert & Sawyer, 1995; Opazo 1999a, 1999b) lo que ha llevado a varios autores a sugerir modificaciones a los patrones de intervención psicoterapéutica estándar en el tratamiento de estos pacientes.

A partir de este contexto emerge una propuesta de intervención integrativa para estos pacientes, cu-

yos elementos centrales se describen a continuación, y cuya evaluación de resultados constituyen el objetivo central de esta investigación.

### Modelo Integrativo Supraparadigmático en Trastornos de Personalidad

En los últimos 10 años, recogiendo nuevas tendencias en la investigación y reflexión crítica en torno a la teoría y práctica de la psicoterapia, el psicólogo chileno Roberto Opazo ha formulado los lineamientos teóricos y aplicados de una nueva propuesta psicoterapéutica, y con el apoyo de un equipo de profesionales que trabajan en el Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI) ha desarrollado un Modelo Teórico y de Intervención Psicoterapéutico Integrativo (Bagladi, Carrasco & Lira, 1993; Opazo, 1993, 1997, 1999a, 1999b, 2001) que fundado en cambios epistemológicos, metodológicos y resultados de investigación en Psicoterapia, intenta articular lo que son fuerzas de cambio provenientes de diferentes paradigmas. El resultado es la propuesta del *Modelo Integrativo Supraparadigmático*, que articula los paradigmas biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, sobre la base de tres elementos centrales hacia los cuales convergen estos paradigmas, y los distintos enfoques terapéuticos que de ellos se derivan: procesos de cambio, estados de cambio y niveles de cambio.

Para efectos del tratamiento de los trastornos de personalidad, este Modelo Integrativo Supraparadigmático integra específicamente en sus fases diagnóstica-comprensiva y de planificación terapéutica las propuestas de la teoría Ecológico Evolutiva de Theodore Millon (1999). De ella, es posible derivar la evolución y las características esenciales de los trastornos específicos de la personalidad tal cual son descritos por el DSM-IV, a partir del desarrollo de patrones distintivos, o bipolaridades, en torno a cuatro dimensiones o esferas del desarrollo: existencia, adaptación, replicación y abstracción.

La emergencia de estos patrones teóricos (o prototípicos) actúan como heurísticos en la Psicoterapia Integrativa posibilitando en el ámbito clínico establecer ciertos objetivos terapéuticos estratégicos (a largo plazo) y modalidades tácticas de intervención (al corto plazo o intra sesiones) que faciliten la consecución del objetivo terapéutico central que se propone la intervención, y que es la *modificación* o *re-administración* de aquellos rasgos de personalidad rígidos y *desadaptativos* que el paciente desea cambiar.

En esta óptica el tratamiento de estos pacientes

es concebido como un proceso prolongado y sin límite en el tiempo, que de forma gradual, es capaz de accionar en *timing*, conforme se desarrolla la relación terapéutica (Opazo, 1999a; 1999b, 2001).

Dado que los pacientes con trastornos de personalidad frecuentemente se muestran débiles en su motivación hacia la psicoterapia, los primeros encuentros terapéuticos se dirigen a promover la motivación y expectativa de cambio en los pacientes. En esta etapa resultan fundamentales los recursos y habilidades personales del terapeuta para generar una alianza de trabajo lo suficientemente sólida con el paciente como para dar sustento a un proceso psicoterapéutico que se hipotetiza estará marcado por una permanente resistencia al cambio y por períodos de avance y retroceso en los logros terapéuticos.

Paralelamente, los pacientes son sometidos a una evaluación exhaustiva a través de la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECCI), que cumple con una triple finalidad: por una parte evalúa los problemas del paciente, y sus repercusiones tanto internas como externas que acarrea el hecho de querer romper la egosintonía imperante hasta ahora. Luego estos resultados son explicitados al paciente en una fase didáctica que incrementa su awareness y motivación al cambio. Finalmente, considerando la propuesta heurística de Millon, a partir de esta medición es posible hipotetizar y precisar en mejor forma los objetivos terapéuticos generales que serán planteados y acordados en conjunto con el paciente.

En las sesiones siguientes el proceso se centra en las intervenciones psicoterapéuticas específicas, lo que implica el uso de procedimientos y técnicas sobre la base de los principios de influencia que derivan de cada uno de los paradigmas que componen el Modelo Integrativo Supraparadigmático y que a nivel de estrategia propenden al restablecimiento o modificación de las polaridades.

### Evaluación de los Resultados: El Cambio Clínicamente Significativo

Los últimos años de investigación en psicoterapia han generado una serie de métodos y refinamientos estadísticos, complementarios a las técnicas de análisis estándar tradicionalmente basadas en la estadística inferencial y el análisis a nivel grupal (Caro, 1993; Grill, Ibáñez & Mosca, 2000). Estos nuevos parámetros buscan concluir respecto de la significación clínica de los cambios experimentados por los pacientes. Una de las propuestas más estudiadas y validadas en investigaciones recientes es la de

Jacobson y colaboradores (Jacobson & Truax, 1991; Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984; Jacobson, Roberts, Berns & McGlinchey, 1999) quienes desde un enfoque cuantitativo conciben el cambio clínicamente significativo como una mejoría experimentada por el paciente tras la terapia que cumple con una o más de las siguientes condiciones: a) un alto nivel de cambio reconocido por sus pares y otros significativos, b) se ha eliminado el problema presente al inicio del tratamiento, c) se han alcanzado niveles normativos de funcionamiento, d) el paciente alcanza altos niveles de funcionamiento y e) los cambios del paciente reducen significativamente su vulnerabilidad a experimentar otros problemas de salud.

Estas condiciones de cambio pueden ser operacionalizadas en los estudios de resultados en psicoterapia de tres formas generales que incluyen la consideración de distintos indicadores:

1. El nivel de funcionamiento del paciente subsiguiente a la terapia debe bajar fuera del rango de la población disfuncional, donde el rango es definido como la extensión a dos desviaciones estándar más allá del promedio de esta población en dirección de la funcionalidad; este indicador es denominado *punto cutoff a*.
2. El nivel de funcionamiento subsiguiente a la terapia debe hallarse dentro del rango de la funcionalidad o población normal, donde el rango se encuentra entre más menos dos desviaciones estándar del promedio de esta población; este indicador es denominado *punto cutoff b*.
3. El promedio de funcionamiento del paciente se acerca más al promedio de la población normal que al promedio de la población disfuncional; este indicador es denominado *punto cutoff c*.

La elección de uno u otro de estos parámetros, se fundamenta en la ausencia o presencia de datos normativos de una muestra no clínica sobre las variables que se utilizan para medir el cambio clínico en cada investigación en particular.

Los autores proponen también un índice de cambio confiable (IRC) como un segundo criterio para establecer la significación clínica (Jacobson, Follett, Revenstorf, Bauicom, Hahlweg & Margolin, 1984; Jacobson, Wilson & Tuper, 1988; Jacobson & Truax, 1991). Este índice permite evaluar si el grado de cambio experimentado por los pacientes es de una magnitud suficiente que excede los márgenes del error de medición. Para ello proponen una fórmula que involucra dividir la magnitud del cambio durante el curso de la terapia por el error estándar de las diferencias de puntaje; así un IRC mayor que

1.96 es poco probable de ocurrir ( $p < 0.05$ ) sin que cambios reales (no atribuibles al azar) existan.

El producto final es un doble criterio de cambio clínicamente significativo, con el cual se evalúan los resultados experimentado por cada sujeto, los que pueden ser categorizados como:

1. *Mejorados pero no recuperados*: si los resultados muestran un cambio estadísticamente confiable hacia el final de la terapia pero todavía algo disfuncional
2. *Recuperados*: si los resultados muestran un cambio estadísticamente confiable y dentro de los límites normales de funcionamiento sobre la variable de interés.
3. Cuando ninguna de estas dos condiciones se cumplan simplemente *no existe un cambio clínicamente significativo* de acuerdo a la operacionalización propuesta por los autores.

El principal aporte de esta propuesta métrica radica en entregar información adicional respecto de la variabilidad de respuesta a nivel individual más allá de la variabilidad inter e intragrupal, lo que permite establecer las proporciones de cambio existentes en un grupo determinado de pacientes y eventualmente inferir la probabilidad de que un individuo dado se beneficie, en alguna medida, con algún tipo particular de intervención psicoterapéutica.

## Método

### *Descripción de la Muestra*

Se revisaron un total de 1.366 fichas clínicas, correspondientes al ingreso de pacientes desde el año 1995 al 2000 en el Consultorio para Personas de Escasos Recursos (CONPER) del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. De este universo se seleccionaron aquellos pacientes en los cuales se precisó un diagnóstico en alguno de los ejes de la clasificación DSM-IV, y que respondieron total o casi totalmente las escalas clínicas cuantitativas de la FECL. Con ellos se construyó una base de datos inicial de 359 casos: 147 con diagnóstico en el eje I; 181 con diagnóstico en el eje II; y 31 con diagnóstico en el eje IV.

Los 181 sujetos con diagnóstico en el eje II constituyeron el grupo inicial, o normativo, sobre cuyos resultados se establecieron los puntos de corte para la significación clínica. De este grupo sólo 50 pacientes (27.62%) completaron la segunda medición, constituyendo la muestra definitiva de este estudio. Los 131 sujetos restantes, no se consideraron en los análisis de resultados, pues desertaron tempranamente del tratamiento, no fue posible ubicarlos tras su egreso del CONPER, o bien a la fecha llevaban menos de 6 meses de tratamiento.

Del grupo de 50 pacientes, 6 presentaron diagnóstico en el cluster A; 17 en el cluster B; y 27 en el cluster C; el tiempo de tratamiento se distribuyó en un rango entre 6 y 53 meses, con un promedio de 12.3 meses; y el rango de edad fluctuó entre los 18 y 66 años.

### *Instrumentos*

Los datos de la primera y segunda medición fueron obtenidos de las *Fichas de Evaluación Clínica Integral* (FECL) que completan todos los pacientes que asisten al consultorio del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, en la primera fase diagnóstica-educativa del tratamiento y una vez que éstos finalizan su proceso terapéutico.

Esta ficha es un cuadernillo de autoreporte, de papel y lápiz; de administración individual, de conducta típica con respuestas libres y pre fijadas y de construcción estándar. Parte importante de las escalas e ítems han sido diseñados por los profesionales del ICPSI; pero incluye también escalas de amplia difusión en investigación, tales como el cuestionario multimodal de historias de vida de A. Lazarus, el cuestionario de Asertividad Spencer-Rathus, la Escala Rosenberg de Autoestima, la subescala Gambrill Richie de Asertividad y la Subescala Toronto de Alexitimia.

En la segunda medición se utiliza habitualmente una versión abreviada de la FECL, que incluye sólo nueve de las escalas clínicas originales; evalúan las características del sistema self (autoimagen, autoestima y autoeficacia), niveles de satisfacción percibidos (satisfacción matrimonial y de necesidades), niveles de sintomatología (escalas de depresión y ansiedad) y rasgos personalológicos (escalas de alexitimia y de tolerancia a la frustración). En cada una de estas escalas clínicas se establecen puntos de corte que determinan un rango de funcionamiento alto, medio o bajo en las variables medidas.

### *Procedimiento*

Esta investigación correspondió a un estudio de tipo transversal y cuasi experimental; de carácter descriptivo y cuantitativo conforme los objetivos y variables en estudio. Se desarrolló a través de un diseño intrasujeto de mediciones repetidas (Keppel, 1982) donde la primera medición correspondió al momento previo al tratamiento. La segunda medición correspondió al momento de finalización de la psicoterapia o una vez que el paciente asistió a un mínimo de seis meses de psicoterapia.

Respecto del procedimiento, la recolección de datos se inició con la revisión de las fichas clínicas de los pacientes del CONPER, donde además del diagnóstico se encontraron los resultados de la evaluación clínica integral inicial. Aquellos pacientes que constituyeron la muestra definitiva de estudio fueron posteriormente contactados vía sus terapeutas, para responder en la segunda medición a una versión abreviada de la FECL. Posteriormente, las diferencias en los puntajes obtenidos por los pacientes en las nueve escalas clínicas entre la primera y segunda medición fueron analizados en un nivel grupal a través de la prueba "t" de diferencia de promedios para grupos pareados, y a nivel individual a través de los indicadores de significación clínica propuestos por Jacobson y colaboradores.

## Resultados

### *Primera Medición Pre-tratamiento*

Respecto del perfil de funcionamiento inicial de los pacientes con Trastorno de Personalidad, la comparación de sus resultados promedio obtenidos en las escalas clínicas respecto de pacientes con diagnóstico en el eje I y IV muestra un continuo de funciona-

miento que establece un menor nivel de funcionamiento para el eje II en la totalidad de las escalas clínicas, seguido por el eje I, donde prevalece una mayor disfuncionalidad en las escalas sintomatológicas y el eje IV que presenta en general un mejor nivel de funcionamiento, aunque con rangos de disfuncionalidad parcial en algunas escalas.

Un análisis más refinado de los resultados de esta primera medición permite establecer una comparación entre clusters, la que es representada en la Figura 1.

A partir de estos resultados es posible apreciar que en las escalas FECCI pre-tratamiento existe un funcionamiento relativamente homogéneo entre los clusters B y C, que tienden a mostrar un menor funcionamiento respecto del cluster A en las escalas del sistema self, en la escala de satisfacción matrimonial y en la escala de alexitimia. Esta relación se invierte en las escalas sintomáticas, donde el cluster A aparece con mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Las escalas de rasgos, alexitimia y tolerancia a la frustración muestran mayor heterogeneidad entre los clusters.

*Análisis de Diferencias Pre y Post Tratamiento*

La Tabla 1 muestra los valores promedio pre y post tratamiento obtenidos por los pacientes con diagnóstico del eje II agrupados según clusters, los valores *t* obtenidos de la comparación de los promedios y el valor *p* o probabilidad asociada a estas diferencias.

El análisis de significación estadística de estos resultados revela que en los tres clusters diagnósticos los valores de las diferencias entre promedios fueron en su mayoría estadísticamente significativas. Los resultados muestran también una mayor cuantía de cambio en los pacientes del cluster C, seguido por el cluster B y más lejos de la mejoría los pacientes del cluster A.

*Análisis de Significación Clínica de los Resultados*

El análisis de significación clínica de los resultados corresponde a un nivel de descripción de tipo individual en el cual el valor de las diferencias de puntajes por cada sujeto es comparado con los puntos cutoff *a* y el IRC calculado para cada una de las escalas clínicas que se estudian en esta investigación.

Conforme este análisis, y considerando el total de mediciones por sujeto, las Figuras 2 y 3 muestran los resultados comparativos de porcentajes de cambio y categorías de cambio clínicamente significativo obtenido por los subgrupos de pacientes agrupados por cluster diagnóstico en el eje II.

El análisis de la Figura 2 revela que la mayor cuota de cambio clínico tuvo lugar en pacientes con diagnóstico específico en el cluster B, y que tanto el cluster A como C presentaron porcentajes homogéneos de cambio clínico en el 69% de los casos.

Los resultados que se presentan en la Figura 3

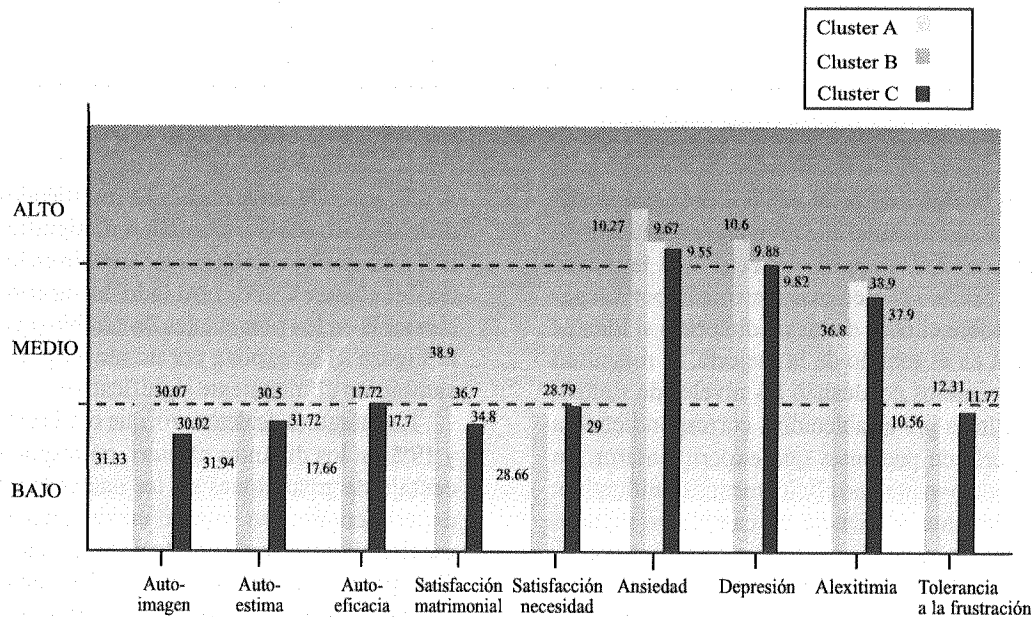


Figura 1. Comparación de perfiles FECCI pre-tratamiento en pacientes con diagnóstico eje II, según clusters.

Tabla 1

Valores pre y post tratamiento de escalas clínicas FECI en pacientes eje II agrupados según clusters

CLUSTER	Escala FECI	Evaluación	Pre	Evaluación	Post	Valor <i>t</i>	<i>p</i> ( $\alpha = 0.05$ )
		Promedio	Rango	Promedio	Rango		
A	Autoimagen	27.66	Bajo	30.83	Bajo	2.18	0.04*
	Autoestima	27.16	Bajo	34.83	Medio	1.99	0.05*
	Autoeficacia	17.66	Medio	16.50	Bajo	1.23	0.13
	Sat. matrim.	17.50	Bajo	49.33	Alto	11.33	0.02*
	Sat. necesid.	29.33	Medio	33.00	Medio	0.76	0.23
	Ansiedad	11.16	Alto	4.83	Medio	2.17	0.04*
	Depresión	12.16	Alto	5.33	Medio	4.57	0.002*
	Alexitimia	38.40	Medio	37.20	Bajo	0.19	0.42
	Tol. frustrac	7.80	Bajo	10.20	Bajo	0.85	0.22
B	Autoimagen	28.47	Bajo	36.23	Alto	3.51	0.001*
	Autoestima	28.11	Bajo	38.82	Medio	5.21	0.000*
	Autoeficacia	15.70	Bajo	19.52	Medio	14.21	0.000*
	Sat. matrim.	32.11	Bajo	43.27	Medio	2.14	0.03*
	Sat. necesid.	25.29	Bajo	35.11	Alto	3.56	0.001*
	Ansiedad	9.05	Alto	8.76	Alto	0.10	0.45
	Depresión	10.41	Alto	4.00	Bajo	4.46	0.000*
	Alexitimia	40.76	Alto	24.75	Bajo	2.74	0.009*
	Tol. frustrac	12.00	Medio	11.60	Bajo	0.22	0.41
C	Autoimagen	28.26	Bajo	34.22	Medio	2.83	0.004*
	Autoestima	30.38	Bajo	36.00	Medio	3.63	0.000*
	Autoeficacia	17.44	Bajo	17.88	Bajo	0.82	0.20
	Sat. matrim.	35.42	Bajo	44.87	Medio	3.39	0.002*
	Sat. necesid.	28.92	Bajo	34.66	Medio	2.82	0.004*
	Ansiedad	10.42	Alto	4.96	Medio	4.06	0.000*
	Depresión	10.38	Alto	4.14	Medio	5.62	0.000*
	Alexitimia	39.26	Alto	33.60	Medio	3.56	0.001*
	Tol. frustrac.	10.68	Bajo	13.21	Medio	2.67	0.008*

(\*) valores *p* considerados estadísticamente significativos.

permiten profundizar en el análisis del cambio clínicamente significativo que tuvo lugar al interior de cada cluster. Así, se puede apreciar que la mayor parte del cambio clínico experimentado por los pacientes (sobre el 60% de las mediciones) si bien es cierto fue en el sentido de la mejoría, la magnitud de estos cambios no alcanzó los niveles de significación clínica pre establecidos, correspondiendo a la categoría de pacientes que experimentaron un cambio positivo pero no clínicamente significativo. Este importante porcentaje de cambio se repartió homogéneamente en los tres clusters diagnósticos.

Por otro lado, el porcentaje de pacientes *recuperados* (aquellos que cumplieron con ambos criterios de significación clínica) fue de 9% en los clusters

A y B, y de 7% en el cluster C; invirtiéndose la tendencia mostrada por el análisis de significación estadística que mostraba mayor cambio en los pacientes del cluster C. Por otro lado, la superioridad del cluster B en los porcentajes de cambio (que aparece la Figura 2) se explica por un mayor porcentaje de cambio no clínicamente significativo.

La categoría de deterioro, que oscila entre el 11% y 19% en los distintos clusters, corresponde al porcentaje de mediciones en las cuales los pacientes experimentaron un cambio en sus puntajes en las escalas clínicas en el sentido de la disfuncionalidad. Este porcentaje fue mayor para los pacientes con diagnósticos específicos de Trastornos de Personalidad del cluster C.

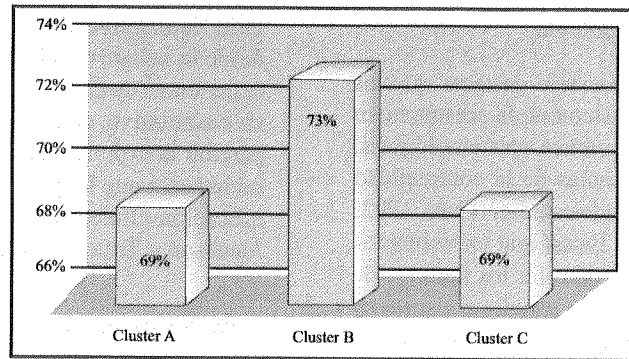


Figura 2. Porcentajes de cambio en las escalas clínicas obtenidos por los tres clusters diagnósticos del eje II.

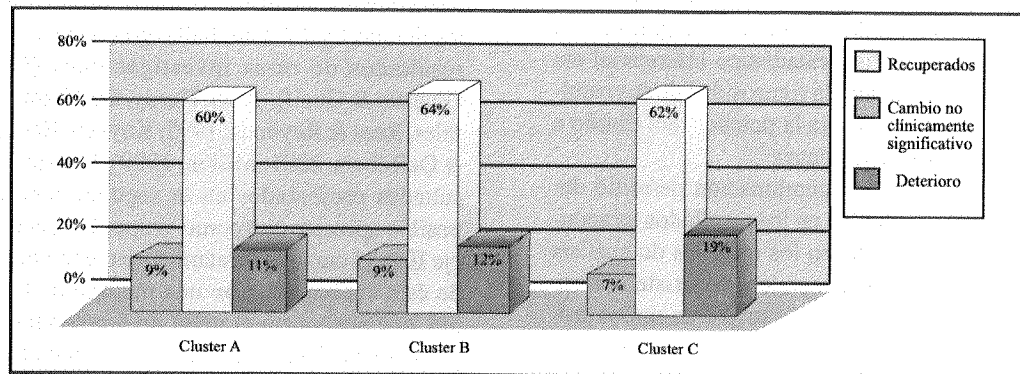


Figura 3. Categorías de cambio clínico obtenido en los distintos clusters diagnósticos del eje II.

### Análisis Cualitativo de los Resultados Terapéuticos

Aún cuando no se presentó como un objetivo inicial del presente trabajo realizar un estudio descriptivo de carácter cualitativo sobre los resultados obtenidos, la revisión de las fichas clínicas que incluyen la descripción intra sesiones y comentarios pre y post tratamiento de los propios pacientes nos permite referir al menos dos ideas que aparecen consistentemente al análisis de contenido y que pueden de alguna manera enriquecer la comprensión de los resultados expuestos en párrafos precedentes.

En primer lugar, la descripción del proceso terapéutico a partir de las fichas intra sesiones muestra que el tratamiento de estos pacientes sigue un curso no lineal, donde se registran avances, retrocesos, episodios críticos y revisiones frecuentes de contenidos previamente tratados con los pacientes. En el marco de los componentes inespecíficos de la psicoterapia, resaltan como importantes las características de comprensión y empatía de los terapeutas que abren espacios de confianza para con sus pacientes y que es una condición frecuentemente destacada por estos últimos. Respecto de los componentes estratégicos de la

intervención destaca como relevante el uso de distintas técnicas que tienen como objetivo principal la modificación de patrones conductuales y la práctica de nuevas formas de interacción frente a personas o situaciones descritas como conflictivas.

Finalmente, congruente con los resultados cuantitativos descritos previamente, los pacientes reconocen la mayoría de las veces la presencia de un cambio calificado como *importante* en sus vidas, atribuido en forma única o conjunta a la experiencia psicoterapéutica, las cualidades de los terapeutas, la posibilidad de experimentar un espacio de confianza totalmente nuevo para ellos y el aprendizaje sistemático de estrategias de afrontamiento que suponen les serán de utilidad para enfrentar futuras problemáticas.

### Discusión

Las conclusiones de este estudio se organizan en torno a dos ideas centrales: a) las fortalezas y limitaciones inherentes al diseño y metodología de la investigación y b) algunas conclusiones generales que pueden extraerse a partir de los hallazgos expuestos.

### *Sobre el Diseño y la Metodología*

En primer lugar, es necesario destacar que los estudios en el área de la psicoterapia presentan en general importantes limitaciones epistemológicas, éticas y metodológicas propias de la complejidad del fenómeno que se pretende estudiar (Caro, 1993; Garfield & Bergin, 1978). Es así que los esfuerzos de los investigadores por controlar los factores de validez interna y externa de un estudio constituyen un permanente y delicado equilibrio que se trata de salvaguardar. En este contexto, si bien este estudio de carácter descriptivo no controla ni manipula variables, lo que podría afectar su validez externa, el uso complementario de los índices de significación clínica sobre el análisis estadístico inferencial estándar permite aumentar la rigurosidad de sus resultados y en última instancia la potencia del diseño a partir del análisis de los datos.

El resultado de esta combinación permitió develar una heterogeneidad en los resultados terapéuticos, que es encubierta en los métodos de análisis estándar. En términos generales, no existe contradicción entre los resultados que muestran ambos procesos de análisis, que revelan la presencia de un cambio en la mayoría de los pacientes, aunque sí estos se vuelven más conservadores al considerar la significación clínica de estos cambios; pues sólo una minoría de los pacientes alcanzaron un estatus de *recuperados* asociado al funcionamiento adaptativo de una población no portadora del trastorno. En este punto es cuando la rigurosidad de los criterios cobra relevancia, pues los puntos de corte establecidos para considerar el cambio como clínicamente significativo (puntos cutoff a) fueron en extremo severos, llegando en algunos casos a definirse en los puntajes máximos de óptimo funcionamiento en las escalas clínicas. Esta rigurosidad permite sostener un alto grado de confiabilidad sobre los resultados de cambio positivo que se presentan, pues superan con creces la magnitud del efecto que puede ser atribuido al azar, considerando como parámetro no el tamaño de la muestra, que podría resultar distorsionado en una muestra de pequeñas dimensiones como la que fue utilizada en este estudio, sino el error estándar de medición asociado a las escalas clínicas. Así, resulta doblemente alentador hallar resultados positivos de cambio, sobre la base de criterios estrictos en una población de pacientes donde las expectativas de éxito terapéutico tienden más bien a ser conservadoras.

La inclusión en este artículo de un breve comen-

tario descriptivo de carácter cualitativo, permite desde la subjetividad de los pacientes reafirmar la experiencia de cambio registrado a partir del análisis cuantitativo, considerando sí que éstos tienden a percibir la experiencia de cambio mucho más favorablemente que lo que demuestra el análisis de significación clínica realizado desde la propuesta de Jacobson y Truax (1991).

### *Sobre los Resultados Terapéuticos*

Al inicio del tratamiento los pacientes del eje II se ubicaron en el extremo más alto de un continuo de disfuncionalidad, en comparación con los pacientes del eje I y IV. Este hallazgo concuerda con los resultados de otras investigaciones (Corruble, Ginestet & Guelfi, 1996; Hardy, Barkham, Shapiro, Siles, Rees & Reynolds, 1995; Kuyken, Beck, Kurzer & DeRubeis, 2001; Millon, 1999). Conforme los resultados presentados en la segunda medición, es posible apreciar que como grupo, los pacientes del eje II en el curso del tratamiento o una vez finalizado éste experimentaron una mejoría de tal magnitud, que superaron el nivel de funcionamiento del grupo de pacientes del eje I y disminuyeron la distancia con el funcionamiento de los pacientes del eje IV; superando incluso en algunas escalas el funcionamiento de este último grupo por definición menos deteriorado y más funcional.

Los resultados del análisis estadístico estándar basado en los promedios grupales, revelaron importantes cuotas de mejoría, estadísticamente significativas, generalmente hacia rangos adyacentes de funcionalidad en todos los clusters. Considerando las nueve escalas clínicas, se aprecia un continuo en el cual el grupo de pacientes del cluster C presentó una mayor mejoría (en 8 de las escalas clínicas) seguido por los pacientes del cluster B (en 7 de las escalas clínicas) y finalmente los pacientes del cluster A (en 5 de las escalas clínicas).

Estos hallazgos concuerdan con la postura de varios autores, que asocian a este continuo diferencias sustantivas en el pronóstico de los distintos trastornos (Alden, 1989; Budman, Cooley, Demby, Cöpenla, Koslof & Powers, 1996; Budman, Demby, Soldz & Ferry, 1996b; Kernberg, 1997; Odland, Monsen & Faugli, 1995). Los resultados del análisis de la significación clínica de estos cambios hizo posible precisar algunas distinciones en los resultados iniciales. En primer lugar, que la mayor parte del cambio de los pacientes en todos los clusters en el sentido de la mejoría (base de la significación



estadística) no alcanzó una magnitud suficiente como para sostener que estos pacientes hubieran experimentado una recuperación, en el sentido de mostrar un nivel de funcionalidad propio de una población no clínica. Esta proporción de pacientes, que superó el 60% en todos los clusters, en estricto rigor aunque experimentó mejorías en las dimensiones evaluadas por las escalas clínicas, mantiene niveles de disfuncionalidad todavía dentro del espectro de la población clínica. Sólo un porcentaje no superior al 9% de los sujetos, en cada uno de los cluster, alcanzó un grado de recuperación en alguna(s) de las dimensiones evaluadas en las escalas clínicas, lo que revela niveles de funcionamiento propios de una población no clínica.

Estos resultados, aunque menos alentadores que los entregados por la significación estadística, aún pueden considerarse como promisorios, atendiendo a dos consideraciones. En primer lugar, los puntos de corte de significación clínica que se escogieron para esta investigación responden a la formulación más estricta dentro de las propuestas que sugieren los autores (Jacobson & Truax, 1991). Es legítimo suponer que la disponibilidad de curvas de distribución en la población no clínica, que permitiría utilizar otros puntos de corte menos extremos, eventualmente elevaría los porcentajes de recuperación establecidos en esta primera investigación. Segundo, si bien es cierto que ningún paciente experimentó una mejoría global en la totalidad de las escalas clínicas, todos los pacientes experimentaron un cambio en el sentido de la mejoría en al menos una de estas escalas (aunque este no fuera clínicamente significativo); estos cambios además fueron percibidos como importantes por los propios pacientes y estuvieron relacionados con los aspectos nucleares o de criterio que definen los trastornos específicos contenidos en la clasificación DSM-IV. Estos resultados permiten sostener que el objetivo terapéutico central planteado por el modelo de la re-administración del rasgo (y no el cambio estructural global) es una meta asequible y viable de ofrecer a todos aquellos pacientes que inician un tratamiento bajo esta modalidad terapéutica.

## Referencias

- Alden, L. (1989). Short term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(6), 756-764.
- Allen, D. (2001). Integrating individual and family systems psychotherapy to treat borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration, 11*(3), 313-331.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Madrid: Masson.
- Ampollini, P., Marchesi, C. & Signifredi, R. (1997). Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*(5), 420-423.
- Bagladi, V., Carrasco, E. & Lira, M. (1993). *Convergencias y divergencias en psicoterapia*. Santiago: Centro Científico de Desarrollo Psicológico.
- Barber, J. & Muenz, L. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 951-958.
- Beck, A. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. México: Paidós.
- Benazzi, F. (2000). Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry, 41*(2), 106-110.
- Budman, S., Cooley, S., Demby, A., Koppelaar, G., Kosloff, J. & Powers, T. (1996a). A model of time effective group psychotherapy for patients with personality disorders: The clinical model. *International Journal of Group Psychotherapy, 46*(3), 329-355.
- Budman, S., Demby, A., Soldz, S. & Merry, J. (1996b). Time limited group psychotherapy for patients with personality disorders: Outcomes and dropouts. *International Journal of Group Psychotherapy, 46*(3), 357-377.
- Caro, I. (1993). *Psicoterapia e investigación de procesos*. Valencia: Promolibro.
- Christensen, L. & Mendoza, J. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy, 17*(1), 305-308.
- Corruble, E., Ginestet, D. & Guelfi, J. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression. A review. *Journal of Affective Disorders, 37*(2-3), 157-170.
- Escobar, E., Beltrán, S., Riquelme, L. & Núñez, C. (1991). Estructura de la demanda al Servicio de Urgencia del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 29*(1), 274-282.
- Fava, M., Alpert, J., Borus, J. & Nierenberg, A. (1996). Patterns of personality disorder comorbidity in early onset versus late onset major depression. *American Journal of Psychiatry, 153*(10), 1308-1312.
- Feske, U., Kevin, P., Chambless, D. & Renneberg, B. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders, 10*(2), 174-184.
- Fisher, M. & Kia, B. (1996). Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatric Services, 47*(11), 13-25.
- Florenzano, R. (2000). Trastornos de la personalidad. En A. Heerlein (Ed.), *Psiquiatría clínica*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Gardfield, S. & Bergin, A. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gril, S., Ibáñez, A. & Mosca, I. (2000). *Investigación en psicoterapia. Procesos y resultados*. Society for Psychotherapy Research.
- Hardy, G., Barkham, M., Shapiro, D., Stiles, W., Rees, A. & Reynolds, S. (1995). Impact of cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 997-1004.

- Heinmann, J. & Habinger, E. (1993). Revisión del trastorno de personalidad borderline en la infancia y adolescencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 31(1), 25-35.
- Jacobson, N., Follete, W. & Revenstorf, D. (1984a). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(1), 336-352.
- Jacobson, N., Follet, W., Revenstorf, D., Baucom, D., Hahlweg, K. & Margolin, G. (1984b). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 497-504.
- Jacobson, N. & Follete, W. (1985a). Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components. *Behavior Therapy*, 16(1), 249-262.
- Jacobson, N., Follete, V., Follete, W., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J. & Schmaling, K. (1985b). A component analysis of behavioral marital therapy: 1-year follow-up. *Behaviour Research Therapy*, 23(5), 549-555.
- Jacobson, N., Wilson, L. & Tupper, Ch. (1988). The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: A reanalysis of outcome data. *Behavior Therapy*, 19(2), 539-554.
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jacobson, N. (1991). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Labels can be misleading. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 142-145.
- Jacobson, N. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, 23(2), 493-506.
- Jacobson, N. & Dais, M. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 85-93.
- Jacobson, N., Roberts, L., Berns, S. & Mc Glinchey, J. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 300-307.
- Jerez, S. & Silva, H. (1996). Estrategias farmacológicas en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 34(1), 369-379.
- Jorgensen, P., Bennedsen, B., Christensen, J. & Hyllested, J. (1996). Acute and transient psychotic disorder: Comorbidity with personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(4), 460-464.
- Keppel, G. (1982) *Design and analysis. A Researcher's handbook*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kernberg, O. (1997). Una teoría psicoanalítica de los trastornos de personalidad. En A. Heerlein (Ed.), *Personalidad y psicopatología*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Kuyken, W., Beck, A., Kurzer, N. & DeRubeis, R. (2001). Response to cognitive therapy in depression: The role of maladaptive beliefs and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 35-46.
- Lenzenweger, M., Loranger, A., Korfine, L. & Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a non clinical population. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 345-351.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. & Klein, D. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 56-72.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klinger, T., Heun, R. & Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6(1), 187-196.
- Millon, T. (1999). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Morgenstern, J., Langenbucher, J. & Labouvie, E. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 23-40.
- Nurnberg, H., Martin, G., Roger, T. & Joyce, P. (2000). Identifying personality disorders: Towards the development of a clinical screening instrument. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 137-146.
- Odlund, T., Monsen, J. & Faugli, A. (1995). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5(1), 117-128.
- Ogles, B., Lambert, M. & Sawyer, J. (1995). Clinical significance of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 321-326.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Una delimitación clínica*. Santiago: ICPSI.
- Opazo, R. (1999a). *Objetivos de la Terapia Personalológica*. Material pedagógico. Santiago: IPSIC.
- Opazo, R. (1999b). *Psicoterapia integrativa en desórdenes de personalidad. ¿Cómo opera el proceso terapéutico?* Material pedagógico. Santiago: CECIDEP.
- Opazo, R. (1997). In the hurricane's eye: A supraparadigmatic integrative model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(1), 17-51.
- Opazo, R. (1993). *Fuerzas de cambio en psicoterapia: Un modelo integrativo*. Santiago: Centro Científico de Desarrollo Psicológico.
- Reich, J. (1987). Sex distribution of DSM-III Personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 144(4), 44-56.
- Reich, J. (1988). DSM-III Personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145(9), 25-43.
- Samuel, J., Nestadt, G., Romanoski, A., Folstein, M. & McHugh, P. (1994). DSM-III Personality Disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1055-1062.
- Seiverwright, N. & Daly, C. (1997). Personality Disorder and drug use: A review. *Drug and Alcohol Review*, 16(3), 14-28.
- Shearin, E. & Linchan, M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 23(3), 730-714.
- Silva, H. (1997). Fundamentos neurobiológicos de los trastornos de personalidad. En A. Heerlein (Ed.), *Personalidad y psicopatología*. Santiago: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Skodol, A., Oldham, J. & Gallaher, P. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 733-738.
- Stravynski, A., Grey, S. & Elie, R. (1987). Outline of the therapeutic process in social skills training with socially dysfunctional patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 27-39.
- Swanson, M., Bland, S. & Newman, C. (1994). Antisocial

- personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 376(1), 63-70.
- Trucco, M. (1993). Farmacoterapia de los trastornos de la personalidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 31(3), 261-266.
- Tschuschke, V. & Dies, R. (1994). Intensive analysis of therapeutic factors and outcome on long term inpatient group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44(2), 56-77.
- Turner, S., Beidel, D., Dancu, C. & Keys, D. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 95(4), 389-394.
- Tucker, L., Bauer, S., Wagner, S., Harlam, D. & Sher, I. (1987). Long term hospital treatment of borderline patients: A descriptive outcome study. *American Journal of Psychiatry*, 144.
- Wilberg, T., Svein, F., Karterud, S. & Oyvind, U. (1998). Outpatient group psychotherapy: A variable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital. A 3 year follow up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3), 103-117.
- Zimmerman, M. & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. *Archive of General Psychiatry*, 46(2), 496-502.

