

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/263314562>

# OQ-45.2, CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y EVOLUCIÓN EN PSICOTERAPIA: ADAPTACIÓN, VALIDACIÓN E INDICACIONES PARA SU APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN OQ-45.2, AN OUTCOME Q...

Article in *Terapia Psicológica* · January 2002

CITATIONS

78

READS

17,044

2 authors:



**Alejandra von Bergen**

Instituto Psiquiátrico Dr. Jose Horwitz

4 PUBLICATIONS 123 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Guillermo de la Parra**

Pontificia Universidad Católica de Chile

54 PUBLICATIONS 603 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



essay for english class [View project](#)



OQ-45 Adaptation and validation for Chile [View project](#)

**OQ-45.2, CUESTIONARIO PARA EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y EVOLUCIÓN EN PSICOTERAPIA: ADAPTACIÓN, VALIDACIÓN E INDICACIONES PARA SU APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN**  
**OQ-45.2, AN OUTCOME QUESTIONNAIRE FOR MONITORING CHANGE IN PSYCHOTHERAPY: ADAPTATION, VALIDATION AND INDICATIONS FOR ITS APPLICATION AND INTERPRETATION**

*Ps. Alejandra von Bergen\**  
*Ps. Guillermo de la Parra\*\**

**RESUMEN**

El cuestionario de autoevaluación OQ-45.2, que mide resultados en psicoterapia, tanto antes-después como sesión a sesión, fue desarrollado en Estados Unidos por Lambert (1996). La evaluación se hace a través de tres áreas: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Se presenta su adaptación, validación y las normas obtenidas para la población de nivel socio-económico medio-bajo y bajo, entre quince y sesenta años, de la Región Metropolitana de Chile. Se indica su forma de aplicación y de interpretación de los datos que se obtengan.

El instrumento demostró ser confiable. Asimismo, mostró tener validez concurrente con un instrumento chileno que mide sintomatología. Es válido en su sensibilidad a la psicopatología. También es válido en su sensibilidad al cambio, probando su capacidad de detectar cambios entre el inicio y término de un proceso terapéutico, como también a lo largo de éste.

**Palabras Clave:** investigación en psicoterapia, resultados en psicoterapia, proceso terapéutico, cuestionario de resultados, validación.

**ABSTRACT**

The Outcome Questionnaire OQ-45.2, a self administering questionnaire that assesses outcome in psychotherapy at the end of the process and from session to session, was developed by Lambert (1996) in the USA. It measures outcome in three areas: symptom distress, interpersonal relations and social role. We present here the adaptation, validation and normative data for the population, between fifteen and sixty years old in the low and middle-low socio-economic level, of Santiago de Chile. We indicate the form of application and interpretation of the data obtained.

The questionnaire showed to be reliable, has concurrent validity with a Chilean symptom questionnaire and demonstrated to be valid in the construct validity of sensitivity to psychopathology and sensitivity to change, proving his capacity to detect changes between the pre and post psychotherapeutic process and during the process.

**Key Words:** Psychotherapy research, psychotherapy outcomes, psychotherapeutic process, outcome questionnaire, validation.

\* *Psicóloga. Unidad de Psicoterapia Dinámica, Instituto Psiquiátrico José Horwitz B. Galicia 714, Las Condes. E-mail: avonbergen@terra.cl*

\*\* *Médico Psiquiatra, PhD. Unidad de Psicoterapia Consultorio Externo, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. San Pío X 2460 Of.1605, Providencia. E-mail: gdelap@vtr.net*

## 1. INTRODUCCIÓN <sup>1</sup>

Desde los inicios de la psicoterapia surgieron las preguntas sobre su efectividad, pero fue recién después del trabajo de Eysenck (1952), quien cuestionó su utilidad al encontrar que los pacientes tratados y no tratados seguían la misma evolución, que los investigadores se abocaron a su investigación sistemática. Si bien 50 años de investigación avalan que “la psicoterapia sirve”, la evaluación permanente de sus resultados también en nuestro medio es un imperativo ético, del medio científico y de los prestadores que eventualmente financian atenciones. Ya que no existe en Chile gran difusión de instrumentos que midan resultados en psicoterapia, presentamos aquí la validación y estandarización de OQ-45.2 (Outcome Questionnaire), para su conocimiento y utilización.

Hay diferentes formas de clasificar *los instrumentos de resultados* (Eisen S. y Dickey B., 1996); una de ellas ordena estos instrumentos según la fuente donde se originan los datos: pacientes (autoevaluación), terapeutas, jueces y “otros” (pareja, familiares, empleadores, etc.). En muchas investigaciones prefieren utilizar más de una fuente de datos ya que se ha visto que éstas, en la mayoría de las veces, no correlacionan. Entre los instrumentos de resultados de autoevaluación más conocido está el SCL- 90 (Derogatis, 1977), que mide síntomas clasificados en 9 dimensiones primarias (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Este instrumento ha demostrado una buena sensibilidad al cambio en esquemas “antes / después” aunque no es fácil de utilizar en seguimiento de evolución.

El OQ incorpora escalas de síntomas en la primera de sus subescalas, pero agrega dos subescalas más: de relaciones interpersonales que busca cumplir con una función similar al Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz y cols., 1988)

<sup>1</sup> En el esquema del siguiente trabajo seguimos aproximadamente el ordenamiento del “Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) de Lambert M., Hansen N., Umpruss V., Lunnen K., Okiishi J., Burlingame G. (1999).

y de rol social, que busca medir adecuación al trabajo estudio, tiempo libre, similar al Social Adjustment Scale (Weissman y Bothwell, 1976 en: Lambert, 1996).

Como lo explican Lambert y cols. (1996) el OQ mide el progreso del paciente en terapia y se ha diseñado para su aplicación repetida durante la terapia y al término de ésta. Al plantear Lambert las tres subescalas sugiere un continuo desde cómo el paciente se siente internamente, cómo se relaciona con otros significativos y cómo está funcionando en tareas vitales como trabajo y estudio en una evolución centrífuga, individual, interpersonal, social.

El OQ también fue diseñado para una aplicación masiva para la toma de decisiones en salud mental aunque el autor aclara que no es adecuado para establecer ningún tipo de diagnóstico en los pacientes. Es un instrumento que a pesar de ser breve, ha demostrado ser de alta confiabilidad y validez y aplicable a diversos tipos de población cubriendo los motivos de consulta principales que llevan a un paciente a buscar ayuda psicoterapéutica.

## 2. DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

Para la selección de los diversos items, Lambert consideró: aquellos que dieran cuenta de síntomas que se presentan a través de las distintas alteraciones; aquellos problemas que presentan la mayoría de los pacientes más allá del motivo específico de consulta; aquellas características personales y sociales que afectarían la calidad de vida del individuo. Se pensó en un número limitado de items (45) para que fuera más bien una contribución que un obstáculo en la práctica clínica común; esto lo haría tolerable para el paciente, permitiría la aplicación repetida y proveería a los clínicos con datos que pueden ser utilizados en la toma de decisiones. Para el desarrollo de la versión en castellano para Chile, contábamos con una traducción del OQ facilitada por la “American Professional Credentialing Services”, dueña de los derechos de uso del OQ. Sin embargo, su aplicación en nuestro medio no fue fácil y automática. A continuación se resumen las principales dificultades encontradas y los cambios necesarios para una mejor comprensión del instrumento en nuestro medio:

- a) preguntas negativas: aquellas preguntas que contenían una doble negación, por ejemplo “no me siento contento con mi matrimonio/pareja” no era entendida por los pacientes, que al no tener el problema debían contestar “nunca no me siento contento...” para puntuar 0. Por el cambio de sentido de la doble negación se debió redactar estos ítems en forma positiva.
- b) Vocabulario restringido: la extracción sociocultural de los pacientes obligó a simplificar el vocabulario de varios ítems.
- c) El uso de cinco categorías fue de difícil comprensión para algunos pacientes que tendían a evaluar solo en tres (por ejemplo, nunca, a veces, casi siempre); este formato no se modificó porque el instrumento no sería comparable al utilizado en otros países.
- d) Las dueñas de casa tuvieron problemas en identificar su labor como un trabajo, lo que llevó a complementar el encabezado aclarando el punto.
- e) Las preguntas sobre alcohol y drogas no eran respondidas si el paciente no las ingería, por lo que tuvo que agregarse notas explicativas en estos ítems.
- f) Por último el formato original, de una página, dificultaba la lectura, donde además ciertos pacientes se saltaban algunas preguntas. El cambio de formato a dos páginas demostró una franca disminución en el grado de dificultad.

Todas las modificaciones al instrumento se realizaron en coordinación y con la aprobación de los Servicios de Acreditación Profesional antes mencionados.

### 3. DESARROLLO DE LAS SUBESCALAS

- a) **Subescala de Síntomas (Symptom Distress, SD):** esta subescala la derivó Lambert tanto del estudio del NIMH (National Institute for Mental Health) de 1988 que identificaba los desórdenes mentales más prevalentes en cinco zonas de Estados Unidos, como de la revisión de los Resultados Internacionales de Asuntos Humanos de 1992 sobre los diagnósticos más frecuentemente codificados del DSM-III-R. El primer estudio

mostró que aproximadamente el 12% de la población general cumplía con los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad o trastornos afectivos (15,4% de la población recibió algún tipo de diagnóstico). El segundo trabajo realizado sobre 2.145 pacientes mostró que un tercio de los diagnósticos realizados incluían algún tipo de trastorno afectivo y un tercio trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno por estrés post-traumático). Es así entonces que los síntomas intrapsíquicos más comunes a ser evaluados son problemas de depresión y ansiedad. Según Lambert numerosa evidencia empírica muestra la dificultad en separar sintomatología depresiva de ansiosa, tendiendo a presentarse simultáneamente en una gran variedad de pacientes.

Por estas razones en el OQ los síntomas depresivos y angustiosos están fuertemente representados sin pretender separar escalas en estas dos áreas de síntomas. Otros trastornos frecuentes son el abuso de drogas y alcohol que también están presentes en los ítems del OQ, pero solo con el objetivo de su detección.

- b) **Subescala de Relaciones Interpersonales (Interpersonal Relations, RI):** el OQ incluye ítems que miden tanto la satisfacción como los problemas en las relaciones interpersonales. Lambert muestra cómo la investigación en calidad de vida y niveles de satisfacción en la vida revela que para las personas la felicidad se asocia con relaciones interpersonales positivas. Además, refiere, la investigación en pacientes que buscan terapia, muestra que los problemas más frecuentes en el motivo de consulta son de naturaleza interpersonal. Además los problemas interpersonales van asociados como causa o efecto a malestar *intrapersonal*. Por esta razón se incluyen ítems con contenidos de amistad, familia, vida familiar, matrimonio, etc. así como ítems que evalúan conflicto, fricción, aislamiento, inadecuación y rechazo en las relaciones interpersonales. Estos ítems se derivaron de la literatura de terapia de pareja y familiar así como de investigación sobre los problemas interpersonales más frecuentes en pacientes que buscan psicoterapia.
- c) **Rol Social (Social Role, SR):** el rendimiento social se midió focalizando en los niveles de

insatisfacción, conflicto, trastorno o inadecuación del paciente en tareas relacionadas con el empleo, roles familiares y ocio. La evaluación del rol social sugiere que los problemas y síntomas intrapsíquicos de las personas pueden afectar su habilidad para trabajar, amar y disfrutar. Esto es apoyado por la investigación en calidad de vida, citada más arriba. Koptka y cols. (1994) (citado por Lambert) sugiere que estos síntomas también pueden existir independientemente de los síntomas intrapsíquicos y malestar subjetivo. Por esto se desarrollaron estos ítems que evalúan trabajo y ocio. La satisfacción en estas áreas se correlacionan altamente con puntajes generales de niveles de satisfacción con la vida.

Es así entonces que el OQ-45.2 se propone como una medición de resultados que en forma breve pretende evaluar la experiencia subjetiva y como la persona funciona en el mundo.

#### **4. APLICACIÓN**

##### **a. Primera aplicación.**

El OQ es un instrumento de autoadministración, no obstante en la primera aplicación, se hace recomendable enfatizar verbalmente las instrucciones impresas en la hoja de respuesta, señalándole especialmente a las dueñas de casa que la actividad que ellas realizan es su trabajo (para los ítems que indagan por trabajo).

Es un cuestionario que busca medir estado, no rasgo, por lo que resulta conveniente resaltar también, la primera vez de aplicación, que contesten en función de cómo se han sentido la última semana. También es necesario recalcarles la importancia de contestar las preguntas de una manera honesta consigo mismos.

Es una escala sumativa tipo Likert, de nivel ordinal. Se responde eligiendo entre cinco categorías de acuerdo a qué tanto le ocurre lo señalado en cada uno de los ítems: "Nunca", "Casi nunca", "A veces", "Con frecuencia" y "Casi siempre". Dependiendo del nivel socioeconómico donde se aplique el OQ, puede ser aconsejable en la primera aplicación, dar uno o dos ejemplos (siempre utilizando los mismos ítems: los dos primeros) de manera que los sujetos comprendan el uso de las cinco categorías para responder.

En la primera aplicación, inmediatamente después que el paciente haya contestado, puede ser conveniente chequear con el paciente los ítems que dejó sin responder, para poder aclarar las dudas que se lo impidieron. Por ejemplo, es relativamente habitual que la gente sin adicciones deje los ítems que miden este aspecto en blanco; es conveniente aclarar las dudas en este momento y no previo a que respondan, ya que de esta manera no se influencia la respuesta. También, en el caso de los ítems: "Me siento contento con mi matrimonio/pareja" y "Mi vida sexual me llena", las personas que no tienen pareja o los adolescentes las tienden a dejar en blanco; en esos casos hay que señalarles que respondan en función de que tan satisfechos están con su situación. Después de la revisión de los ítems con dudas, hay que indicarles a los pacientes que es importante que contesten todas las preguntas en las próximas aplicaciones.

Es recomendable independizar lo más posible, la aplicación del cuestionario del terapeuta y señalarle a la persona que su terapeuta no verá sus respuestas.

La aplicación debería realizarse previo al ingreso a la sesión de psicoterapia, entre otros factores, para interferir lo mínimo posible el proceso terapéutico.

##### **b. Tiempo**

Al medir el tiempo ocupado en responder en la primera aplicación del OQ en los pacientes se observó que la moda era de aproximadamente 10 min.

El tiempo promedio fue de 15 min. con un rango de variación de 3 a 35 min.

Se supone que este tiempo debe disminuir al contestar el cuestionario posteriormente en el seguimiento debido a que ya conocen el instrumento.

##### **c. Otras Aplicaciones**

Bajo circunstancias especiales puede ser necesario aplicar el OQ oralmente, ya sea porque el paciente esté físicamente inhabilitado para leer o escribir, o porque se desea aplicar el OQ telefónicamente. En este caso, previamente hay que darle una tarjeta con las cinco categorías de respuesta o dictarle las categorías, pidiéndole a la persona que las anote. En ocasiones le hemos entregado a los

pacientes que iban a ser seguidos telefónicamente, una versión sin responder del instrumento, de tal modo que al hablar por teléfono con el entrevistador, lo hiciera mirando el instrumento y sus categorías.

## 5. TABULACIÓN

### a. Tabulación

El puntaje del OQ se obtiene simplemente sumando el puntaje obtenido en cada ítem. El OQ entrega un puntaje total y uno para cada escala. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos, por lo tanto el rango del puntaje del OQ total va de 0 a 180 puntos, indicando un mayor discomfort el puntaje mayor. La escala de sintomatología comprende 25 ítems, la de relaciones interpersonales 11 y la de rol social 9 ítems.<sup>2</sup>

En caso que se desee sumar manualmente el puntaje, se coloca el puntaje obtenido de cada ítem en los espacios en blanco de las columnas de la derecha y a continuación se suma cada subescala (columna) por separado, obteniéndose así los puntajes por escala y la suma de las tres subescalas, corresponde al puntaje total.

Se recomienda ingresar los datos en una planilla de cálculo computacional (Excell), que sume automáticamente los resultados de cada escala y el total. El ingreso es sumamente rápido y sencillo.

### b. Datos faltantes

En el caso que se haya omitido algún ítem, este se puntúa con el puntaje promedio obtenido en la escala a la que corresponda el ítem (redondeado a un valor entero)

## 6. RESULTADOS NORMATIVOS

### a. Obtención de resultados normativos en Santiago de Chile:

Los datos normativos se obtuvieron a partir de varias muestras de pacientes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz y de un grupo control. En el grupo control, para cubrir una población de

nivel socio económico y edad similar a la de la población del Instituto Psiquiátrico, se administró el instrumento en dos centros de formación técnica, en horario vespertino: Instituto Profesional Santiago Centro (IPSC) y Duoc ubicado en Santiago, Centro.

Para delimitar la muestra control dentro de esta población, se aplicó una **Encuesta sobre el Nivel de Discomfort** al inicio; nuestra muestra control estuvo constituida únicamente por aquellos sujetos que respondieron negativamente a un ítem que indagaba sobre la necesidad de consultar a un psicólogo o psiquiatra, es decir, "sin necesidad de psicoterapia".

En el IPSC se aplicó la encuesta una sola vez a dos cursos de diferentes carreras. En el Duoc se hizo un seguimiento longitudinal, aplicando el instrumento cada dos semanas a siete cursos de cuatro carreras diferentes. El seguimiento se hizo durante diez semanas, esto para la determinación test-retest y la determinación de la estabilidad en sucesivas aplicaciones. Con la finalidad de lograr tener respuestas lo más confiable posible, se les señaló a los estudiantes que como identificación a lo largo del seguimiento utilizaran los últimos cuatro dígitos de su cédula de Identidad; de esta manera se podían sentir más libres para contestar honestamente. Tanto a la muestra clínica como a la de la comunidad, junto a la primera aplicación del instrumento se les aplicó una encuesta para determinar el **Nivel Socioeconómico**. A las personas que constituían las muestras que requerían un seguimiento longitudinal, pacientes del Programa de Neurosis y control, se les entregó una **carta** junto con la primera aplicación del cuestionario donde aceptaban o no participar en la investigación. Además de las obvias razones éticas para realizar esto, pensamos que la carta de aceptación produce el efecto de aumentar la colaboración y compromiso y por lo tanto se espera además haber tenido una mayor confiabilidad en las respuestas.

### b. Normas: Puntaje de Corte (PC) e Índice de Cambio Confiable (ICC).

PC es el puntaje que diferencia a una población funcional de una disfuncional.

El ICC es la diferencia de puntaje entre el inicio y final del tratamiento que indica que el

<sup>2</sup> En el cuestionario adjunto, en las columnas de la derecha, se muestra los ítems correspondientes a cada escala.

cambio es estadísticamente significativo, esto es que excede el error muestral de medición.

El cambio para un sujeto se considera clínicamente significativo cuando el puntaje final esta bajo el PC y la diferencia entre el puntaje inicial y final es mayor al ICC (Jacobson & Truax, 1991).

El PC e ICC se determinó con los datos de las muestras de pacientes al inicio de su psicoterapia y los sujetos controles sin necesidad de psicoterapia. Para la determinación de las normas se utilizaron las mismas fórmulas usadas por Lambert y cols. (1996) derivadas del trabajo de Jacobson y Truax (1991).

$$PC = \frac{(S_1 \times \bar{X}_2 + S_2 \times \bar{X}_1)}{S_1 + S_2} ,$$

donde  $\bar{X}_1$  y  $\bar{X}_2$  son las medias de la muestra control (sin necesidad de psicoterapia) y de los pacientes al

inicio de su psicoterapia y  $S_1$  y  $S_2$  sus desviaciones estándar correspondientes.

$$ICC = 1,96 \times S_{diff}$$

donde  $S_{diff}$  es el error estándar de diferencia entre dos puntajes:

$$S_{diff} = \sqrt{2 S_E^2}$$

siendo  $S_E$  el error estándar de medición, donde

$$S_E = S \sqrt{1 - r_{xx}}$$

donde  $S$  es el promedio ponderado de la desviación estándar de la muestra de la comunidad y de pacientes y  $r_{xx}$  es el valor obtenido para la consistencia interna (utilizar un z de 1.96 implica considerar un  $p < 0.05$ ).

En la Tabla N° 1 se presentan los resultados de los Puntajes de Corte e Índice de Cambio Confiable para el OQ total y cada una de sus áreas.

**Tabla N° 1. Normas: Puntajes de Corte e Índice de Cambio Confiable**

Area	PC	ICC
OQ Total	73	17
Sintomatología (SD)	43	12
Relaciones Interpersonales (RI)	16	9
Rol Social (RS)	14	8

### c. Diferencias de Edad y Género:

Las Características demográficas de las muestras control y pacientes se muestran en la Tabla N° 2. Llama la atención la menor edad de las muestras de la población. Como se ve en la tabla los valores de “t” son significativos para la comparación entre los pacientes de policlínico, y la población control, tanto general como la “sin necesidad de psicoterapia”. Pensando que la edad podría ser una variable

determinante del OQ comparamos el OQ total en mayores y menores de 25 años tanto en la muestra de pacientes como de los controles no encontrándose diferencias significativas (véase Tabla N° 3). Además se realizó una subdivisión en 5 grupos etáreos del programa de neurosis (<20, 21-30, 31-40, 41-50, >50; n=124) midiéndose el OQ total y las tres áreas. Un F de 1.41, resultó no significativo.

**Tabla N° 2. Características demográficas de los sujetos encuestados**

	Controles	Controles Sin nec. PsT	Pac. Policlínico*	Ptes. Agudos	Ptes. Urgencia
<b>Edad</b>	24.2 +- 5.2 18 - 52	24.5 +- 5.9 18-52	32.7 +- 11.8 16 - 58	33.6 +- 9.4 16 - 51	31.4 +- 10.3 16 - 49
<b>Sexo Fem.</b>	43%	39%	75%	50%	78%
<b>Masc.</b>	57%	61%	25%	50%	22%
<b>N.S.E.</b>	Medio, Medio/ bajo	Medio, Medio/ bajo	Medio/bajo, bajo	Medio/bajo, bajo	Medio/bajo, bajo
<b>N</b>	202	129	124	30	32
<b>t (edad)</b>	*/pob 7.58	*/pob. 6.95		*/agud 0.45	*/urg 0.62

**Tabla N° 3. Comparación de los puntajes del OQ en muestras distribuidas por edad**

Edad	x	s	n	t
<b>Pacientes</b> > de 25	103.83	22.11	60	1.73 (n.s)
	< de 25	97.14	20.99	
<b>Controles</b> > de 25	46.56	17.58	48	1.32 (n.s.)
	< de 25	51.07	19.81	

Respecto a las diferencias de género en el estudio de Lambert y cols. (1996), en Estados Unidos, no se observaron diferencias significativas para ningún grupo.

En la Tabla N° 4 se muestran las diferencias por género en las distintas muestras de nuestra investigación.

**Tabla N° 4. Diferencias por genero en las distintas muestras.**

	SD		RI		RS		TOTAL		N
	X	S	X	S	X	S	X	S	
<b>CONTROLES</b>	26.0	12.4	12.0	5.2	10.7	4.3	48.7	19.3	129
Hombres	24.9	12.9	12.5	5.6	10.5	4.5	47.9	20.5	76
Mujeres	28.8	11.2	11.4	4.4	11.3	3.9	51.5	16.7	48
	t=1.78		t=1.21		t=1.04		t=1.08		
<b>P.NEUROSIS</b>	61.9	14.1	20.8	5.9	17.7	5.4	100.4	21.7	124
Hombres	<b>56.7</b>	16.1	21.9	5.9	18.5	5.1	97.0	23.4	31
Mujeres	<b>63.7</b>	13.1	20.5	5.8	17.4	5.5	101.5	21.1	93
	t=2.19*		t=1.15		t=1.02		t=0.95		
<b>AGUDOS</b>	56.0	18.4	19.2	7.5	16.9	5.6	92.0	27.3	30
Hombres	<b>47.0</b>	19.3	18.7	8.0	17.1	5.5	82.8	28.7	15
Mujeres	<b>64.9</b>	12.4	19.0	7.2	16.7	5.9	101.0	23.2	15
	t=3.02**		t=0.11		t=0.19		t=1.91		
<b>URGENCIA</b>	70.3	13.6	25.9	6.8	19.6	5.9	115.8	23.4	32
Hombres	63.1	15.3	22.3	4.8	19.6	5.1	105.0	22.8	7
Mujeres	72.3	12.7	26.9	7.0	19.6	6.2	118.8	23.1	25
	t=1.46		t=2.00				t=1.41		

\*:p< 0.05

\*\* : p< 0.01

Sólo se obtuvo diferencias significativas entre hombres y mujeres en el área de sintomatología (SD) para la muestra de pacientes del Programa de Neurosis y Agudos. En los otros grupos también se observa la tendencia a una mayor puntuación en las mujeres para esta área, aunque la diferencia no alcanza a ser significativa.

Los resultados totales del cuestionario OQ no muestra diferencias significativas si bien el puntaje total tiende a ser mayor en el caso de las mujeres en todos los grupos debido al efecto del área de sintomatología, ya que las otras áreas no muestran diferencias entre hombres y mujeres.

Otra situación que también se puede deber al factor cultural mencionado es que el número de mujeres que buscan psicoterapia es muchísimo más alto que el de los hombres (75% de mujeres y 25% de hombres).

## 7. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

### a. Confiabilidad

Los valores de correlación para la

confiabilidad test-retest se obtuvo a través de la primera y segunda aplicación del instrumento OQ-45.2 a 101 alumnos vespertinos del Duoc, "sin necesidad de psicoterapia". La segunda aplicación se realizó después de dos semanas.

La muestra tenía una media de edad de 23.9 años con una desviación estándar de 5.1 años. El rango de edad variaba entre los 18 y 44 años. La composición de la muestra es de 58.4% hombres y un 41.6% mujeres. El nivel socioeconómico de la muestra es mayoritariamente medio y medio-bajo.

Los coeficientes obtenidos son significativos sobre el 99% de confianza.

Lambert y cols., en Estados Unidos, obtuvieron las correlaciones de 0.78, 0.80, 0.82 y 0.84 para las áreas de sintomatología, relaciones interpersonales, rol social y el total respectivamente (1996). Como se puede observar en la Tabla N° 5, los valores obtenidos son de un orden similar a los obtenidos por Lambert y cols.

**Tabla N° 5. Coeficientes de correlación test-retest y consistencia interna**

	Test re-test	Consistencia interna		
	Controles	N° items	Pacientes	Controles
N	101		124	202
<b>OQ Total</b>	<b>0.90</b>	<b>45</b>	<b>0.91</b>	<b>0.91</b>
Areas:				
Sintomatología	0.90	25	0.89	0.88
Relaciones Interpersonales	0.79	11	0.67	0.71
Rol Social	0.82	9	0.63	0.65

La confiabilidad a través de su consistencia interna se calculó a través del coeficiente alfa de Cronbach. Para el cálculo de a se utilizó la primera aplicación realizada del OQ, tanto a la muestra de pacientes como a la muestra control.

Es esperable que las áreas de relaciones interpersonales y rol social hayan obtenido coeficientes menores que el total y el área de sintomatología ya que esto es función del número de items.

Los valores obtenidos por Lambert y cols.(1996) para el OQ total y las áreas SD, RI y RS, en los pacientes fue de 0.93, 0.91, 0.74 y 0.71 respectivamente y para los controles fue de 0.93, 0.92, 0.74 y 0.70 respectivamente.

En general un coeficiente de consistencia sobre 0.75 se considera bueno.

El análisis de los datos arrojó información respecto cuales items bajaban el valor del coeficiente.

Tanto en el caso de los pacientes como los controles de la comunidad, el ítem N° 14 original (“Trabajo/estudio demasiado”) disminuía el coeficiente en el área de rol social. Para los pacientes, su ausencia habría aumentado el valor del coeficiente a 0.70 y para la comunidad a 0.68.

En el caso del área de relaciones interpersonales el ítem N° 16 original (“Me preocupan los problemas de mi familia”) disminuyó el coeficiente. En su ausencia el coeficiente para esta área habría sido 0.73 para los pacientes y 0.75 para los controles.

Esto nos llevó a pensar que estos dos ítems no estaban apuntando a medir el mismo concepto que estaría a la base de las áreas, ya que “trabajar demasiado” y “preocuparse de los problemas de la familia” fueron connotados positivamente. Por esto se modificaron en el cuestionario actual, redactándolos de manera que dieran cuenta de la falta de bienestar si se contesta afirmativamente. La redac-

ción actual del ítem N° 14 es: “Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta)” y del N° 16: “Me abruma (angustia) los problemas de mi familia”.

En síntesis, se puede señalar que el cuestionario es confiable tanto en el test-retest como en su consistencia interna.

Por otra parte, para efectos de validez de constructo, se hizo un seguimiento longitudinal en la comunidad a lo largo de diez semanas. De esos datos se puede también sacar información en términos de la estabilidad del instrumento en un tiempo mayor. Los resultados que se muestran en la Tabla N° 6 nos indican que el instrumento es relativamente estable para tiempos mayores, y por lo tanto es útil para usarlo en seguimientos en psicoterapias, si bien no se puede considerar que estos sean verdaderos valores de test-retest, ya que en un número mayor de aplicaciones se agregan otros factores, como resistencia a responder siempre el mismo cuestionario y aprendizaje entre otros.

**Tabla N° 6. Correlaciones de los resultados del OQ total de los controles en las sucesivas aplicaciones respecto a su primera administración.**

Semana	Correlación*
2	0.93
4	0.83
6	0.74
8	0.67
10	0.69

\* Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson.  
n=41 (p<0.01)

Los valores obtenidos son similares a los de Lambert y cols (1996), cuyas correlaciones variaban entre 0.86 y 0.66.

#### **b. Validez concurrente.**

Se midió con el cuestionario DAS que mide sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfa (Alvarado y cols., 1991).

Se utilizó una muestra de 32 pacientes del policlínico que iniciaban psicoterapia y en la muestra de controles de la comunidad, 70 estudiantes del

Duoc, sin necesidad de psicoterapia, de acuerdo a la Encuesta de Discomfort aplicada.

Los resultados se muestran en la Tabla N° 7. Como cabría esperar se da una correlación mayor con el área de sintomatología del OQ y con el OQ total, en cambio son mas bajas con las áreas de relaciones interpersonales y rol social, ya que se trata de áreas que no pretenden medir el mismo concepto.

En el área de sintomatología del OQ, el valor menor con el área somatomorfe del DAS

comparado con las áreas ansiosa y depresiva, se podría deber a que los items del OQ del área de síntomas está mas cargado con aspectos depresivos y ansiosos que con aspectos puramente somatoformes. Hay solo tres items que miden esto último, los que a su vez se asocian a sintomatología ansiosa.

En los controles de la comunidad, el que se observen correlaciones altas entre el DAS y las áreas de relaciones interpersonales y rol social del OQ, no necesariamente implicaría que miden el mismo concepto. Se podría pensar que se debe a que, junto a la disminución de síntomas, ya sean ansiosos, depresivos o somotoformes, se podría esperar un mejor nivel de bienestar también en las relaciones interpersonales y rol social. Es decir existe una relación entre sintomatología y las otras áreas, pero no necesariamente de tipo causal.

Los valores de validez concurrente obtenidos

en la muestra control son bastante mas altos que los del Programa de Neurosis, si bien en ambos grupos se observa la misma tendencia.

Se podría pensar que la menor correlación obtenida para el grupo de pacientes se puede deber al menor tamaño de la muestra, ya que si una persona distorsiona la tendencia general de la muestra, contestando en forma inversa los dos cuestionarios, se afectaría mayormente el coeficiente de correlación en una muestra pequeña que en una grande, donde este efecto se diluiría. Al respecto, al analizar la muestra de pacientes se observó que dos pacientes contestaron de manera marcadamente inversa los dos cuestionarios, hecho que no se observó en la muestra de la comunidad. Al calcular los coeficientes de correlación descartando a estas dos personas, los coeficientes subieron en alrededor de 0.07 puntos, acercándose a valores similares a los de la comunidad.

**Tabla N° 7. Validez concurrente entre OQ-45.2 y la Encuesta para Medir Trastornos Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes (DAS)**

OQ-45.2	DAS			
	depresión	ansiedad	soma	Total
<b>PACIENTES (n=32)</b>				
Sintomatología	0.75**	0.60**	0.46**	<b>0.71**</b>
Relaciones interpersonales	0.31	0.11	-0.03	0.17
Rol Social	0.38*	0.26	0.30	0.39*
<b>Total</b>	<b>0.66**</b>	<b>0.48**</b>	<b>0.36*</b>	<b>0.60**</b>
<b>CONTROLES (n=70)</b>				
Sintomatología	0.83**	0.79**	0.53**	<b>0.80**</b>
Relaciones interpersonales	0.61**	0.44**	0.24*	0.49**
Rol Social	0.69**	0.57**	0.36**	0.61**
<b>Total</b>	<b>0.82**</b>	<b>0.74**</b>	<b>0.48**</b>	<b>0.76**</b>

Coefficiente de Correlación Producto Momento de Pearson.

\*\*: $p < 0.01$ . \*: $p < 0.05$ .

Los valores obtenidos en los coeficientes de correlación, confirman la validez concurrente entre estos dos instrumentos, especialmente entre los puntajes totales de los cuestionarios y también entre el área sintomatología del OQ con el puntaje total del DAS y con sus áreas de depresión y ansiedad.

En general, los coeficientes de correlación

obtenidos con el DAS están dentro del mismo orden, si bien son levemente inferiores, que los obtenidos por Lambert y cols. con otros instrumentos que miden ansiedad y depresión.

En la tabla N° 8 se muestran valores de correlación obtenidos por Lambert y cols.(1996) en Estados Unidos para otros instrumentos.

**Tabla N° 8. Validez concurrente obtenida por Lambert y cols.**

Instrumento	Coeficiente de Correlación	
	Area Sintomatología	Total OQ
Symptom Checklist 90-R	0.6071	0.7824
Beck Depression Inventory	0.6322	0.7959
Zung Self-rating Depression Scale	0.8842	0.8779
Zung Self-rating Anxiety Scale	0.8071	0.8066
Taylor Manifest Anxiety Scale	0.8802	0.8625
State-Trait Anxiety Inventory (estado)	0.4965	0.6361
State-Trait Anxiety Inventory (rasgo)	0.6463	0.7961
Inventory of Interpersonal Problems		0.5346
Social Adjustment Scale		0.6449
SF-36 Medical Outcome Questionnaire		0.81
Friedman Well- Being Scale		0.81

Lambert et al. 1996. Administration And Scoring Manual for the OQ-45.2. American Professional Credentialing Services LLC. USA.

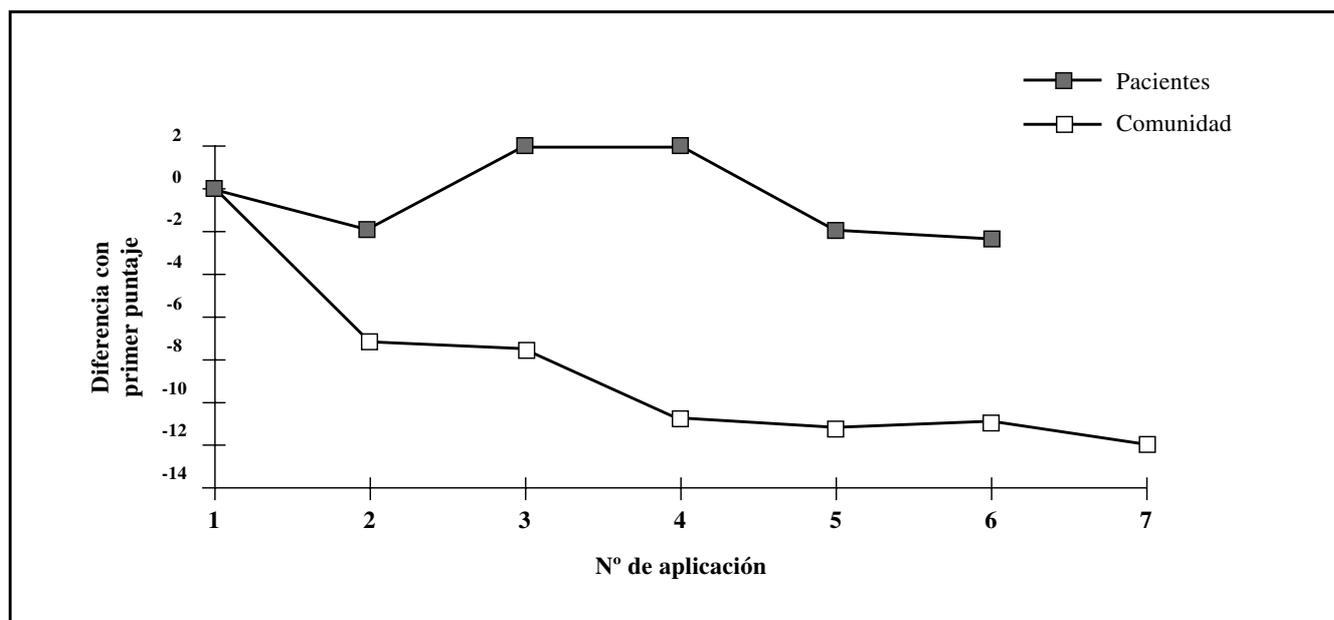
**c. Validez de constructo.**

**i. Sensibilidad al Cambio.**

La validez de constructo, de sensibilidad al cambio, depende de la capacidad del OQ de reflejar el cambio en el seguimiento de la psicoterapia, en tanto que individuos que no están en

psicoterapia deberían mantenerse en valores de OQ relativamente estables. Para determinar esto último, se realizó un seguimiento a 41 estudiantes del Duoc, sin necesidad de psicoterapia, por diez semanas, aplicando en total seis veces el cuestionario; en la Figura N° 1 se muestra la estabilidad de este grupo.

**Figura N° 1. Diferencia de medias respecto a la primera aplicación en la muestra de pacientes y controles de la comunidad**



Al igual que Lambert, nos basamos en el supuesto entregado por investigaciones previas que indican que la mayoría de los pacientes normalmente mejora con la psicoterapia (Lambert y Bergin, 1994).

Por lo tanto, bajo este supuesto, la diferencia entre el puntaje al inicio y final del tratamiento debería ser significativa (aplicando t pareado), lo que indicaría que el instrumento es capaz de detectar el cambio que se supone obtuvo el grupo.

Se tomó como muestra a 49 pacientes que contestaron el cuestionario a lo largo de su tratamiento y que asistieron al menos a cuatro sesiones de psicoterapia.

El considerar cuatro sesiones como mínimo se basa en dos factores:

- Un estudio del Instituto Psiquiátrico señala que alrededor del 27% de los pacientes desertan durante las primeras entrevistas y que los que llegan a la cuarta sesión tiene una mayor probabilidad de continuar.<sup>3</sup>

- Dentro del Programa de Neurosis se realizan distinto tipo de intervenciones entre las cuales está la Intervención en Crisis que no dura mas de seis sesiones, por lo que a la cuarta sesión ya se pueden esperar resultados.

En esta muestra hubo pacientes que interrumpieron su tratamiento, otros que seguían asistiendo al momento de terminar el seguimiento, algunos habían sido dados de alta y unos pocos fueron considerados que no tenían indicación de psicoterapia después de tener algunas sesiones. En el caso de los pacientes que no habían terminado su tratamiento, se consideró como sesión final a la última sesión a la que habían asistido.

En la tabla N° 9 se muestran los resultados de los pacientes en psicoterapia, donde los valores de t pareado obtenidos revelan una diferencia estadísticamente significativa entre los valores al inicio y al final del tratamiento, lo que confirma la validez referida a la sensibilidad al cambio.

**Tabla N° 9. Media y desviación estándar de los resultados del OQ, al inicio y final del tratamiento para la muestra global del Programa de Neurosis.**

Area de OQ		Inicio	Final	Inicio-Fin	t pareado
<b>SD</b>	x	58.7	45.7	13.0	6.13*
	s	12.8	15.4	14.9	
<b>RI</b>	x	20.1	17.3	2.8	3.56*
	s	6.1	6.5	5.5	
<b>RS</b>	x	17.8	13.7	4.1	5.71*
	s	4.7	5.0	5.0	
<b>Total</b>	x	96.3	76.6	19.8	6.19*
	s	20.4	24.2	22.4	

n=49      \*: p< 0.01

Media de N° sesiones= 15.1    Desviación estándar= 8.9

<sup>3</sup> Estudio sobre la atención abierta en psicoterapia en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B. realizado por el Psicólogo Mauricio Arteaga en 1997.

En la Figura N° 1 se comparan las curvas del grupo en psicoterapia y la muestra control referida mas arriba. La muestra de control tiene un rango de variación menor a  $\pm 2$  puntos respecto al puntaje medio inicial. La muestra de pacientes, en cambio, alcanza una variación de la media del puntaje de hasta doce puntos, no observándose variaciones negativas respecto al puntaje inicial, es decir el puntaje medio fue siempre menor al inicial en la muestra de pacientes, lo que nos muestra una tendencia global hacia la mejoría.

Cualitativamente el instrumento muestra no sólo ser sensible al cambio global del paciente entre el inicio y final de la terapia, sino también puede ser un buen instrumento en el seguimiento del proceso de cada paciente. Es esta última característica lo que lo hace apropiado para ser utilizado en investigaciones de procesos psicoterapéuticos. En De la Parra y von Bergen (2000) se muestran ejemplos de seguimiento del proceso con el OQ, relacionados con los datos clínicos aportados.

## ii. Sensibilidad a la Psicopatología

Para la validez de este constructo, se espera que el OQ discrimine en forma significativa entre las muestras clínicas y la muestra normativa. Más aun, se esperaría que el instrumento discriminara entre los pacientes más y menos patológicos. En la Tabla N° 10 se muestran los resultados de las distintas muestras.

De acuerdo a lo esperado, se obtuvieron diferencias significativas entre las distintas muestras, excepto en el caso de la muestra de pacientes agudos hospitalizados. Pensamos que estos últimos pacientes se encuentran ya tratados farmacológicamente y “contenidos” psicológicamente lo que se revela en puntajes menores que los esperados. En todo caso hay que recordar que el instrumento fue construido para medir resultados en psicoterapia y la necesidad de ésta por lo que no es sensible a síntomas psicóticos, quizás presentes en los pacientes agudos aunque la evaluación clínica de estos no los reveló.

**Tabla N° 10. Resultados (x, s) del OQ en las distintas muestras. Valores de t al comparar las diferentes muestras con el programa de Neurosis (pn).**

	Controles	P. Neurosis	Agudos	Urgencia	t pn/c	t pn/a	t pn/u
	n=129	n=124	n=30	n=32			
SD	26.0 (12.4)	61.9 (14.1)	56.0 (18.4)	70.3 (13.6)	21.47*	1.64	3.09*
RI	12.0 (5.2)	20.8 (5.9)	19.2 (7.5)	25.9 (6.8)	12.57*	1.09	3.88*
RS	10.7 (4.3)	17.7 (5.4)	16.9 (5.6)	19.6 (5.9)	11.38*	0.71	1.65
TOTAL	48.7 (19.3)	100.4 (21.7)	92.0 (27.3)	115.8 (23.4)	20.00*	1.57	3.37*

\*:  $p < 0.01$

### a. Sensibilidad y Especificidad

En la determinación del PC, el uso del criterio de exclusión de la Encuesta de Nivel de Disconfort para la obtención de la muestra control, permitió obtener valores mas estrictos que permiten diferenciar mejor a una población funcional de una disfuncional. Si este criterio no se hubiese utilizado, el PC para el OQ total habría sido de 80, y se habría tenido al 20% de la muestra de pacientes bajo el PC y al 19% de la comunidad sobre el PC. En cambio con un PC de 73 sólo un 7% de la

muestra de pacientes del policlínico estuvo bajo el PC y el 10% de la muestra de la comunidad estuvo sobre el PC. Es decir la sensibilidad obtenida es de 0.90 (proporción de verdaderos positivos correctamente identificados) y la especificidad es de 0.93 (proporción de verdaderos negativos correctamente identificados). Los valores obtenidos por Lambert y cols. fueron una sensibilidad de 0.84 y una especificidad de 0.83. Jacobson y Truax (1991) señala que una muestra normativa ideal, debiera excluir miembros que pertenecieran a la población clínica.

## 8. INTERPRETACIÓN

### a. Interpretación del dato individual

En el uso clínico del OQ, se debieran considerar tres elementos: el puntaje total, el de las subescalas y el puntaje de algunos ítems específicos.

#### i. Puntaje total

Un puntaje alto indica que el paciente admite un elevado nivel de disconfort en su calidad de vida en general, tanto en lo referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social, en tanto que un puntaje bajo sugiere que el paciente tiene un nivel de disconfort no mayor que el de la población general.

Para un buen uso del OQ, es útil comparar con los puntajes de diferentes muestras tanto clínicas como de la comunidad.

El Puntaje de Corte (PC=73), permite analizar si el paciente pertenece al grupo de la comunidad o de pacientes en función de si está sobre o bajo el PC. Adicionalmente, el valor del Índice de Cambio Confiable (ICC=17), permite afirmar que cuando un paciente ha disminuido su puntaje en 17 puntos o más, el cambio es clínicamente significativo ( $p < 0.05$ ).

#### ii. Subescalas.

Las subescalas permiten identificar áreas específicas de dificultad. En el análisis de las subescalas es útil hacer uso de los PC e ICC específicos a cada una de ellas, procediendo de la misma manera que en el caso del puntaje total.

**Sintomatología (SD):** un puntaje alto indica principalmente la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, como también desórdenes de ajuste y estrés. Un puntaje bajo indica la ausencia o la negación de estos síntomas.

**Relaciones interpersonales (RI):** Un puntaje alto indica dificultades en sus relaciones más cercanas, donde habrían quejas de soledad, conflictos con otros, y problemas con la familia y pareja. Un puntaje bajo indica la ausencia de problemas interpersonales como también satisfacción en la calidad de sus relaciones más cercanas.

**Rol social (RS):** Un puntaje alto señala dificultades en el ajuste del rol social de trabajadores, dueñas de casa o estudiantes. Se evalúa conflicto en el trabajo, exceso de trabajo, estrés e ineficiencia en estos roles. Un puntaje bajo indica un adecuado ajuste al rol social. Se debe poner atención si un puntaje bajo se debe a satisfacción con el rol social o a desempleo, donde el sujeto podría contestar arbitrariamente los ítems correspondientes con puntaje cero (nunca).

#### iii. Ítems específicos

Algunos ítems miden ciertos aspectos críticos, los que se deben investigar más si tienen un puntaje mayor que cero. El ítem 8 mide potencial suicida. Los ítems 11, 26 y 32 miden abuso de sustancias. El ítem 44 mide violencia en el trabajo, con posibilidad actual o futura de realizar actos violentos contra los compañeros o empleadores.

### b. Interpretación de los datos grupales.

Los análisis que se señalan a continuación se pueden hacer tanto para el puntaje total del OQ, como para cada una de las áreas que mide.

i. Para determinar si el cambio grupal en el puntaje del OQ es estadísticamente significativo se puede calcular el  $t$  pareado con los datos de los puntajes iniciales y finales de cada uno de los sujetos del grupo. Los datos obtenidos en nuestra muestra se presentan en la Tabla N° 9.

ii. Para poder distinguir, de acuerdo al cambio obtenido, distintos subgrupos al interior de la muestra, se puede hacer uso del PC e ICC<sup>4</sup> (ver Tabla N° 10). En función de distintas combinaciones de estos dos parámetros se pueden obtener los 4 o 5 (5 en el caso que algunos pacientes empeoren significativamente) subgrupos que se muestran en la tabla N° 11.

<sup>4</sup> Los parámetros PC e ICC se usan para analizar el cambio individual de un sujeto; y por lo tanto no tiene mayor sentido utilizarlos para analizar las medias grupales iniciales y finales.

**Tabla N° 11. Clasificación de subgrupos, en función del cambio, de acuerdo a PC e ICC.**

	<b>Puntaje(final – inicial) ≤ ICC</b>	<b>Puntaje(final – inicial) ≥ ICC</b>
Puntaje final > PC	<i>No cambió</i> en ninguno de los dos criterios (o <i>empeoró significativamente</i> para aquellos sujetos con diferencias de puntaje menores a $-ICC$ ).	Mejóro <i>significativamente</i> , ya que tuvo un cambio mayor o igual al ICC.
Puntaje final ≤ PC	Alcanzó un <i>nivel de bienestar correspondiente a una población funcional</i> ya que obtuvo un puntaje final menor al PC, aunque el cambio fue menor que el ICC.	Se <i>recuperó</i> , es decir, obtuvo un puntaje final menor o igual al PC y tuvo un cambio mayor o igual al ICC.

En el caso de la muestra utilizada por nosotros, al hacer un análisis del grupo (49 personas) en base al Puntaje de Corte (PC) y el ICC, tenemos que el 38.8% (19 personas) se *recuperó*, es decir, obtuvo un puntaje final menor o igual al PC y tuvo un cambio mayor o igual al ICC, lo que indicaría un cambio clínicamente significativo de acuerdo a estos dos criterios. El 18.4% (9 personas) *mejoró significativamente*, ya que tuvo un cambio mayor o igual al ICC. Considerando estos dos grupos tenemos que el 57.2% tuvo un cambio significativo.

Un 12.2% (6 personas) logró alcanzar un *nivel de bienestar correspondiente a una población funcional* ya que obtuvo un puntaje final menor al PC, aunque el cambio fue menor que el ICC. Un 28.6% (14 personas) *no presentó cambio* en ninguno de los dos criterios y un paciente (2%) *empeoró* (incrementó su puntaje en más del ICC: 17).

iii. También puede ser conveniente calcular la “magnitud del efecto” (effect size), para hacer comparaciones con meta-análisis. De acuerdo a Coe (2000) la fórmula para su cálculo es: (media inicial-media final)/ desviación estándar combinada; donde la desviación estándar combinada de los grupos inicial y final es:

$$\sqrt{\frac{(n_i - 1) \times s_i^2 + (n_f - 1) \times s_f^2}{n_i + n_f - 2}}$$

La magnitud de efecto obtenida por nosotros, utilizando los datos de la Tabla N° 9, fue de 0,88 para el OQ total, lo que según Coe (2000), sería una magnitud de efecto alta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALVARADO R., VERA A. Y COLS. (1991) *Validación de Escalas para medir Trastornos Depresivos, por Ansiedad y Somatoformes*. Cuadernos de Trabajo N° 2, Universidad Diego Portales.

COE R. (2000) *What is an “effect size”*. Versión www: <http://cem.dur.ac.uk/ebeuk/research/ effectsize/ESguide.htm>.

DE LA PARRA G., VON BERGEN A. (2000) El instrumento OQ-45 que mide resultados terapéuticos como herramienta en la investigación psicoanalítica. *Rev. Chil. Psicoanálisis*, vol. 17 (2), 143 - 156.

DEROGATIS L.R. (1977) *The SCL-90 manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

**EISEN S. & DICKEY B.** (1996) Mental Health Outcome Assessment: The New Agenda. *Psychotherapy*, vol. 33 (2), 181-189.

**EYSENCK H.** (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, vol. 16, 319-324.

**JACOBSON N.S. & TRUAX P.** (1991) Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59 (1), 12-19.

**HOROWITZ L.M., ROSENBERG S.E., BAER B.A., UREÑO G., & VILLASEÑOR V.S.** (1988) Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56 (6), 885-892.

**KOPTA S.M., HOWARD K.I., LOWRY J.L. Y BEUTLER L.E.** (1994) Patterns of Symptomatic Recovery in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62 (5), 1009-1016.

**LAMBERT M.J. Y BERGIN A.E.** (1994) The effectiveness of psychotherapy. En: A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4ª Ed., 143-189. New York: John Wiley.

**LAMBERT M.J., HANSEN N.B., UMPRESS V., LUNNEN K., OKIISHI J. & BURLINGAME G.M.** (1996) *Administration And Scoring Manual for the OQ-45.2*. American Professional Credentialing Services LLC. USA.