

¿Por qué se alargan los tratamientos psicológicos? Predictores de una mayor duración del tratamiento y diferencias entre los casos de corta y larga duración

Francisco J. Labrador, Mónica Bernaldo de Quirós y Francisco J. Estupiñá
Universidad Complutense de Madrid

El objetivo del estudio es identificar qué variables pueden explicar una mayor duración de los tratamientos psicológicos y analizar las diferencias entre casos extremos de corta y larga duración. Se analizaron los datos de 419 pacientes de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Los factores que mejor explicaban la duración del tratamiento eran: número de técnicas aplicadas, presencia de comorbilidad, haber recibido algún tratamiento anterior y presentar un diagnóstico principal de trastorno del estado de ánimo o trastorno de la conducta alimentaria. Se obtuvieron diferencias significativas entre los casos de corta y larga duración en el número de técnicas aplicadas y el número de objetivos terapéuticos establecidos al comienzo del tratamiento, también en variables clínicas (grupo diagnóstico, comorbilidad y haber recibido algún tratamiento anterior) y sociodemográficas (edad y nivel educativo). Se discuten los resultados y se proponen líneas de actuación y/o reflexión.

Why are psychological treatments prolonged? Predictors of a longer duration of treatment and analysis of the differences between long- and short-term cases. The purpose of this study was to identify variables that may explain a longer psychological treatment and to analyze differences between short- and long-term cases. Data from 419 patients of the University Clinic of Psychology at the Complutense University of Madrid were analyzed. Number of intervention techniques, comorbidity, previous treatments, and a primary diagnosis of mood disorder or eating disorder were the factors that explained longer treatment duration. Significant differences were observed between short- and long-term cases in number of intervention techniques, number of therapeutic objectives, and also in some clinical variables (diagnostic group, comorbidity, previous treatment) and demographics (age and educational level). Results are discussed and some lines of intervention and/ or reflection are proposed.

Desde la década de 1990 se intensifica el estudio sobre la eficacia empíricamente sustentada de los tratamientos psicológicos, identificándose qué tratamientos han demostrado eficacia para cada trastorno psicológico específico. No obstante, casi todo el esfuerzo se ha centrado en evaluar la eficacia de las intervenciones, no su efectividad (utilidad clínica) o eficiencia (costos/beneficios).

Se ha señalado que las distintas condiciones de los tratamientos en los estudios de eficacia (ámbito investigación) y de efectividad y eficiencia (ámbito profesional habitual), en concreto la flexibilidad en la duración del tratamiento y en la elección de técnicas de intervención, tipo de tratamientos y terapeutas, o la presencia de comorbilidad, pueden dificultar la generalización de los resultados de los primeros al ámbito aplicado (Seligman, 1995). Quizá por eso, aunque la evidencia empírica señala que los tratamientos psicológicos eficaces suelen ser breves y centrados en las caracte-

rísticas específicas de cada problema, al trasladar éstos a la práctica profesional, los porcentajes de mejora parecen reducirse y la duración de los tratamientos alargarse.

Tanto desde el punto de vista ético como profesional, es responsabilidad del psicólogo desarrollar y aplicar procedimientos que consigan los mejores resultados con el menor coste de tiempo y esfuerzo. Parece, pues, importante investigar si los tratamientos eficaces resultan menos efectivos en la práctica profesional y a qué se debe esto. Un aspecto esencial en esta tarea será identificar por qué se alargan algunos tratamientos, qué factores pueden estar subyaciendo a esta prolongación.

Hay pocos estudios sobre este tema, centrándose los existentes en analizar la influencia de factores sociodemográficos y/o variables clínicas, como el tipo de trastorno, su severidad, la presencia de comorbilidad o haber recibido algún tratamiento anterior, la mayoría centrados en un trastorno específico.

Algunos trabajos analizan la influencia de *factores no clínicos*, en la prolongación de los tratamientos de problemas depresivos. Barnow, Linden y Schaub (1997) encuentran que ser mujer, mayor de 46 años y estar viuda o divorciada se relacionan con una prolongación de la hospitalización en el tratamiento de la depresión. Aunque Koss (1980) señala que variables como sexo, ocupación,

estado civil, edad, educación y cociente intelectual no inflúan en un mayor número de sesiones. Estupiñá, Aranda, Ballesteros, Sánchez, García-Vera y Sanz (2008) también coinciden en que la edad o el estado civil no son relevantes para la prolongación del tratamiento de trastornos depresivos.

Tradicionalmente se atribuye una mayor duración del tratamiento a ciertos *grupos diagnósticos* como la esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias o de la conducta alimentaria. En esta dirección apuntan algunos trabajos. Así, Vallina y Lemos (2001), al revisar los tratamientos para la esquizofrenia, señalan que, con excepción de la terapia de cumplimiento diseñada para el período de internamiento en fase aguda, que suele constar de 4-6 sesiones, las intervenciones tienen una duración en torno a las 20 sesiones, incluso actualmente se tiende hacia una ampliación del período de tratamiento, pues los datos señalan que de esta forma se mejoraría la prevención de recaídas. Secades y Villa (2001), en trastornos por abuso de sustancias, resaltan que las técnicas conductuales muestran mejores resultados cuando se utilizan, no de forma aislada sino dentro de programas multicomponentes más amplios, lo que requiere tratamientos más prolongados. Saldaña (2001) subraya la necesidad de trabajar múltiples objetivos terapéuticos en pacientes con anorexia, también que estos pacientes presentan mayores tasas de comorbilidad, en especial con trastornos de ansiedad, lo que correlaciona con peores resultados y tratamientos más largos.

La *comorbilidad* es una de las variables más mencionadas. En los estudios de eficacia se excluyen los pacientes que presentan otro tipo de patologías, pero en la práctica clínica habitual se supone que la comorbilidad es algo habitual. Quiroga y Errasti (2001) señalan que numerosas publicaciones muestran que los pacientes que reciben un tratamiento para un trastorno del Eje I (ansiedad, depresión, consumo de drogas, etc.) si presentan comorbilidad con algún trastorno del Eje II suelen obtener peores resultados terapéuticos. También O'Connor y Stewart (2010) indican que la presencia de comorbilidad lleva a peores resultados en el tratamiento de los trastornos de consumo de sustancias. Morrison, Bradley y Westen (2003) señalan que cuando concurren ansiedad y depresión se incrementa sustancialmente la duración del tratamiento. Deveney y Otto (2010) subrayan que la depresión comórbida con un trastorno de ansiedad se asocia con un incremento en la severidad clínica y suele requerir más sesiones y/o estrategias de tratamiento. Por último, Estupiñá et al. (2008) sugieren que en el trastorno depresivo el número de diagnósticos comórbidos predice el alargamiento de la terapia.

Otros estudios apuntan la influencia de haber recibido *tratamientos previos*. Para Lin (1998) haber recibido tratamientos psicológicos previos es uno de los factores que generan terapias más largas. Muñoz (2004) indica que la duración del tratamiento está relacionada con la existencia de algún tratamiento anterior, el uso de medicación y la gravedad y tiempo de evolución de la queja. Aunque Koss (1979) no encuentra relación entre haber recibido tratamientos psicológicos previamente y la longitud del tratamiento.

Respecto a la *severidad de los síntomas*, ni Korobkin, Herron y Ramírez (1998), ni Estupiñá et al. (2008) encuentran que sea una variable predictora de la prolongación del tratamiento en trastornos de ansiedad y depresión.

En resumen, la escasez de estudios al respecto, el que la mayoría se centren en un trastorno concreto y las discrepancias en los resultados no permiten precisar qué factores pueden ser los responsables de la prolongación de los tratamientos.

Los objetivos del presente estudio serán: identificar en un amplio grupo de pacientes con diferentes diagnósticos factores responsables de la prolongación de los tratamientos en la práctica profesional y analizar las diferencias entre casos clínicos de corta y larga duración.

Método

Participantes

Descripción del centro: la Clínica Universitaria de Psicología (CUP) de la UCM está reconocida como Centro Sanitario por la Comunidad Autónoma de Madrid (C1334) desde 1998. Tiene entre sus funciones prestar servicios psicológicos asistenciales de carácter ambulatorio que reúnan los criterios de calidad, eficacia y eficiencia (García-Vera y Sanz, 2009).

Terapeutas. La CUP cuenta actualmente con catorce psicólogos. Dos son supervisores/coordinadores. Doce son psicólogos-residentes durante dos años, la mayoría mujeres y con edades entre 24-28 años. Todos son licenciados en Psicología con al menos un título de postgrado de nivel Magíster, que acredite su especialización en evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos, siendo el más habitual el Magíster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. Tienen una formación cognitivo-conductual y entre uno y tres años de práctica clínica supervisada previa a su incorporación a la CUP. Sus intervenciones pueden estar supervisadas por profesionales de reconocido prestigio en Psicología Clínica y de la Salud, y/o Psiquiatría.

Pacientes. La CUP es un centro abierto al público general que acepta todo tipo de pacientes a demanda de los mismos y a precios de mercado.

Variables

Sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, profesión, situación laboral y nivel de estudios.

Prolongación de los tratamientos: número de sesiones de tratamiento excluyendo sesiones de evaluación y seguimiento.

Características clínicas: motivo de consulta, diagnóstico (según criterios DSM-IV y DSM-IV-TR), establecidos por los terapeutas, comorbilidad (presencia de un segundo diagnóstico), haber recibido algún tratamiento anterior, grupo diagnóstico, adhesión al tratamiento (medido por el porcentaje de ejecución de tareas), número de técnicas aplicadas durante la intervención y número de objetivos terapéuticos establecidos al comienzo del tratamiento.

Procedimiento

A partir de la base de datos de la CPU, que incluye a todos los pacientes atendidos, se seleccionaron los casos que habían recibido alguna sesión de tratamiento o alguna técnica, y cuyo tratamiento ya había finalizado con éxito (*altas*), es decir, se habían conseguido todos los objetivos terapéuticos propuestos al comienzo de la intervención. Se obtuvo una muestra de 419 pacientes.

Para el establecimiento de *casos de corta y larga duración*, dado que la media de sesiones de tratamiento era de 13,9 (desviación típica 10,86), se consideraron:

- Casos de corta duración aquellos que estaban una desviación típica por debajo de la media; todos habían recibido menos de tres sesiones de tratamiento (n= 60).

- b) Casos de larga duración, los 50 casos con mayor duración, todos aquellos que habían recibido al menos 29 sesiones.

Análisis de datos

Para identificar qué variables predecían una mayor duración del tratamiento se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos sucesivos, siendo la variable dependiente el número de sesiones de tratamiento y posibles variables predictoras la edad, la presencia de comorbilidad, la existencia de algún tratamiento previo, el grupo diagnóstico al que pertenecía y el número de técnicas aplicadas durante la intervención. La variable comorbilidad se dicotomizó atendiendo a si presentaban un segundo diagnóstico o no. La variable grupo diagnóstico se transformó en distintas variables de acuerdo a si presentaba o no, como diagnóstico principal, alguno de los diagnósticos pertenecientes a los distintos grupos (trastorno de consumo de sustancias, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos sexuales, trastornos del control de impulsos, trastornos de la personalidad, trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, otros problemas objeto de atención clínica, trastornos del sueño, o sin diagnóstico).

En segundo lugar, debido a la alta variabilidad observada en el número de sesiones que recibieron, se analizaron las diferencias entre los casos extremos de corta y larga duración en distintas variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación laboral y nivel de estudios), así como en las variables clínicas y de tratamiento que se habían mostrado significativas en el análisis de regresión (comorbilidad, tratamientos anteriores, grupo diagnóstico y número de técnicas aplicadas durante la intervención). Se incluyó también el número de objetivos terapéuticos, ya que al no estar registrada en todos los casos no se pudo introducir en el análisis de regresión. Para analizar las diferencias entre ambos grupos se utilizaron técnicas no paramétricas: chi cuadrado para las variables cualitativas y U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas.

Resultados

Características sociodemográficas (n= 419)

Los datos correspondientes pueden verse en la tabla 1. Destaca que la mayoría son mujeres (78,7%), solteras (68,5%), aproximadamente la mitad estudiantes (46,1%) o trabajadoras (46%) y con al menos estudios secundarios (82,1%).

Características clínicas

Los datos pueden verse en la tabla 2. Destaca que el principal grupo diagnóstico es trastornos ansiedad, el 30% presenta diagnóstico comórbido, casi la mitad (47,5%) recibió un tratamiento anterior, y la mayoría no consumen fármacos (80,9%) y tienen una buena adhesión al tratamiento (81,8%).

El número de sesiones de tratamiento osciló entre 0 y 66, siendo la mediana 11 (media 13.9; desviación típica 10.83); el 75,3% (n= 368) de los sujetos recibió 18 o menos. El número de técnicas aplicadas durante la intervención osciló entre 1 y 13, siendo la mediana 7 (media 6.7; desviación típica 2.4).

Factores asociados a una mayor duración del tratamiento

Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple se presentan en la tabla 3.

El número de técnicas aplicadas durante la intervención era el factor que explicaba un mayor porcentaje de la varianza (15%). La presencia de diagnóstico comórbido (1,9%), y haber recibido un tratamiento anterior (1,1%), explican muy poco, y la pertenencia a algún grupo diagnóstico concreto (trastorno del estado de ánimo o trastorno de la conducta alimentaria) no llega siquiera al 1% en cada caso. En total explicaban el 19,4% de la varianza.

Si agrupamos el número de técnicas utilizadas a lo largo de la intervención en cuatro categorías de acuerdo a percentiles (menos de 5; 5-6; 7-8 y más de 8), se constata una alta correspondencia entre número de técnicas y sesiones. Así, los pacientes (n= 90) que recibieron más de 8 técnicas promediaron 18 sesiones (dt= 12,1), mientras que los pacientes (n= 73) que recibieron menos de 5 promediaron 5,5 sesiones (DT= 5,3). Destaca la alta variabilidad, en especial en los casos con mayor número de sesiones (figura 1).

Los pacientes con diagnóstico comórbido recibían un número de sesiones (media 16,8; dt= 10,8) superior a los que no lo presentaban (media 12,4; dt= 10,1). Pero el porcentaje de varianza explicado por este factor (1,9%), así como el de haber recibido un tratamiento anterior (1,1%), es muy bajo, quizá debido a la gran variabilidad.

Diferencias entre casos de corta y larga duración

En las variables sociodemográficas se observaron diferencias significativas en edad (Z= -2,56, p<0,05) y nivel de estudios ($\chi^2_{(4)} = 10,86, p<0,05$). Los casos de corta duración tenían una edad significativamente menor. En nivel de estudios, un 30% de los casos de corta duración solo tiene estudios primarios con o sin completar, frente al 6% de los casos de larga duración (tabla 5).

Edad M (DT)	29,18 (13,1)
Sexo (%)	
Varones	31,3
Mujeres	68,7
Estado civil (%)	
Solteros	68,5
Casados	26,5
Separados/Divorciados/Viudos	5,0
Nivel de estudios (%)	
Primarios incompletos	8,4
Primarios completos	9,5
Secundarios	30,1
Diplomados universitarios	20
Licenciados	32
Profesión/Situación laboral (%)	
Estudiante	46,1
Personal Administración de Servicios	17,2
Profesional/ Técnico/Directivo	14,6
Ama de casa	2,9
Directivo/Gerente/Empresario	4,7
Obrero	3,6
Parados y Jubilados	5,0
Otros	5,9

Se observaron diferencias significativas entre los casos de corta y larga duración en todas las características clínicas. Con respecto al grupo diagnóstico ($\chi^2_{(14)} = 38,17$, $p < 0,001$), en los casos de corta duración predominan los pacientes sin diagnóstico (30%) o con otros problemas objeto de atención clínica (21,7%), mientras que en los casos de larga duración los trastornos de ansiedad (36%). Los casos de larga duración presentaban un porcentaje superior en presencia de comorbilidad que los de corta duración, 24% frente a 8,3% ($\chi^2_{(1)} = 5,12$, $p < 0,05$), también con respecto a un tratamiento

anterior, 70% frente al 34,1% ($\chi^2_{(1)} = 13,52$, $p < 0,001$). El número de objetivos terapéuticos planteados al comienzo del tratamiento era significativamente superior en los casos de larga duración, 5,6% frente a 2,5% ($Z = -2,82$, $p < 0,01$), al igual que el número de técnicas aplicadas durante la intervención, 8,7% frente a 3,5% ($Z = -7,6$, $p < 0,001$) (tabla 6).

Considerando el tipo de diagnóstico DSM-IV, el mayor porcentaje en los casos de corta duración corresponde a los casos sin diagnóstico (28%), mientras que en los casos de larga duración corresponden a fobia social (10%) y trastornos obsesivo-compulsivos (10%) (tabla 7).

Grupo diagnóstico (%)	
Trastorno por consumo de sustancias	0,5
Esquizofrenia	2,4
Trastorno del estado del ánimo	9,3
Trastorno de ansiedad	35,3
Trastornos adaptativos	6,0
Trastornos disociativos	0,7
Trastornos somatomorfos	1,9
Trastornos de la conducta alimentaria	1,4
Trastornos sexuales	1,7
Trastornos del control de impulsos	2,1
Trastornos de la personalidad	4,1
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	5,0
Otros problemas objeto de atención clínica	15,5
Trastornos del sueño	0,5
Códigos adicionales o sin diagnóstico	13,6
Comorbilidad (%)	
No	69,9
Sí	30,1
Tratamientos anteriores (%)	
No	52,5
Sí	47,5
Prescripción de fármacos (%)	
No	80,9
Ansiolíticos	7,4
Antidepresivos	2,1
Antipsicóticos	1,4
Estabilizadores del humor	0,2
Otros psicofármacos	0,2
Otros fármacos	0,7
Varios de los anteriores	6,9
Adhesión al tratamiento (tareas encomendadas realizadas) (%)	
100%	62,5
75%	19,3
50%	8,1
25%	2,1
<25%	1,3

	β	ΔR^2	P
Número de técnicas aplicadas	,331	,15	,001***
Comorbilidad	,137	,019	,002***
Tratamientos anteriores	,107	,011	,005***
T estado de ánimo	,098	,008	,02*
T conducta alimentaria	,094	,006	,04*
Total de varianza explicada: 19,4%			
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$			

	Media (DT)
Grupo diagnóstico	24,2 (10,6)
Trastornos de la conducta alimentaria	20,5 (7,8)
Trastorno por consumo de sustancias	19,9 (12,2)
Trastornos somatomorfos	17,6 (13,1)
Trastorno del estado del ánimo	16,0 (14,7)
Esquizofrenia	15,5 (7,8)
Trastornos de la personalidad	13,7 (9,6)
Trastorno de ansiedad	13,7 (3,8)
Trastornos disociativos	13,0 (16,0)
Trastornos del control de impulsos	13,0 (5,6)
Trastornos del sueño	12,9 (9,8)
Trastornos adaptativos	12,6 (9,0)
Trastornos sexuales	11,7 (9,2)
Otros problemas objeto de atención clínica	10,8 (8,3)
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	10,7 (10,8)
Códigos adicionales o sin diagnóstico	

	Casos corta duración n= 60	Casos larga duración N= 50
Edad M (DT) (Rango)*	26,76 (13,1) (3-73)	32,56 (12,6) (15-58)
Sexo (%)		
Varones	38,3	36,0
Mujeres	61,7	64,0
Estado civil (%)		
Solteros	80,0	64,0
Casados	15,0	28,0
Separados/Divorciados/Viudos	5,0	8,0
Nivel de estudios (%)*		
Primarios incompletos	20,0	2,0
Primarios completos	10,0	4,0
Secundarios	31,7	36,0
Diplomados universitarios	10,0	16,0
Licenciados	28,3	40,0
Profesión/Situación laboral (%)		
Estudiante	55,0	38,0
Profesional/Técnico	15,0	22,0
Personal Admón. y Servicios	18,4	16,0
Ama de casa	0,0	4,0
Directivo/Gerente	0,0	2,0
Obrero	3,4	0,0
Parados/Jubilados	3,4	8,0
Otros	5,0	8,0
* $P < 0,05$		

Discusión y conclusiones

Respecto a las variables sociodemográficas tal como se señala en otros trabajos, el paciente tipo sería una mujer, soltera, de unos 30 años (Valero y Ruiz, 2003), además empleada o estudiante, en un 50% al menos con estudios universitarios (Labrador et al., 2010; Vallejo et al., 2008), y predominantemente con trastornos de ansiedad. Al comparar los grupos extremos solo se observan diferencias significativas en la edad y nivel de estudios. Los casos de corta duración tienen una edad significativamente menor, aunque

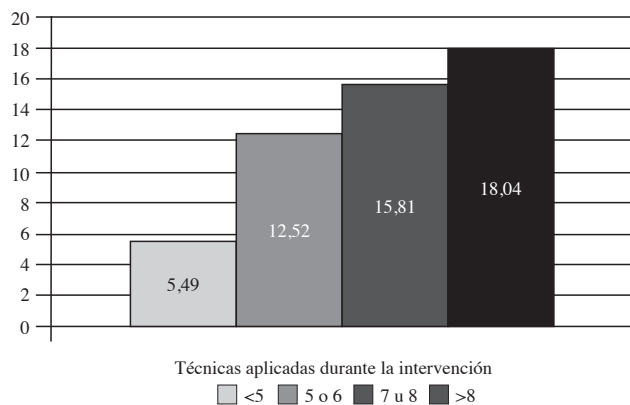


Figura 1. Promedio de sesiones según el número de técnicas aplicadas durante la intervención

Tabla 6
Características clínicas y de tratamiento de los casos de corta y larga duración (n= 110)

	Casos corta duración n= 60	Casos larga duración n= 50
Grupo diagnóstico (%)**		
Trastorno por consumo de sustancias	0,0	2,0
Esquizofrenia	3,3	2,0
Trastorno del estado del ánimo	5,0	10,0
Trastorno de ansiedad	13,3	36,0
Trastornos adaptativos	10,0	10,0
Trastornos disociativos	1,7	0,0
Trastornos somatomorfos	0,0	4,0
Trastornos de la conducta alimentaria	0,0	8,0
Trastornos sexuales	3,3	2,0
Trastornos del control de impulsos	0,0	4,0
Trastornos de la personalidad	1,7	4,0
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	10,0	0,0
Otros problemas objeto de atención clínica	21,7	14,0
Códigos adicionales o sin diagnóstico	30,0	4,0
Comorbilidad (%)*		
No	91,7	76,0
Sí	8,3	24,0
Tratamientos anteriores (%)**		
No	65,9	30,0
Sí	34,1	70,0
Nº objetivos terapéuticos M (DT) **	2,5 (1,4)	5,6 (3,6)
Nº técnicas de intervención M (DT) ***	3,5 (2,7)	8,7 (1,9)

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

lo que más destaca son las diferencias en los rangos de edad (casos de corta duración: 3 a 73 años; casos de larga duración: 15 a 58), pues señalan que no hay niños ni personas mayores en los casos de larga duración. El nivel de estudios es más elevado en los casos de larga duración.

Respecto a los grupos diagnósticos, casi el 75% de los pacientes corresponde a solo cuatro categorías (dos de éstas no específicas: otros problemas y códigos adicionales). Esto parece señalar que se acude al psicólogo por muy pocos problemas, esencialmente trastornos de ansiedad y depresión, o problemas «no específicos». Esto puede deberse a ser los diagnósticos más frecuentes, o también los que más se asocian a la labor del psicólogo clínico. Respecto al objetivo principal, el factor que explica en mayor medida la prolongación de la terapia (número de sesiones) es el número de técnicas aplicadas durante la intervención. Los resultados son concordantes tanto al analizar la muestra completa como los grupos de casos extremos. El incremento en el número de sesiones según número de técnicas es sistemático. Ciertamente parece lógico que cuantas más técnicas haya que aprender mayor sea el número de sesiones. También es aconsejable, en la medida de lo posible, tratar de reducir el tiempo de aplicación de las técnicas sin reducir la eficacia de la intervención.

Probablemente tenga un valor similar el número de objetivos planteados al inicio de la terapia, variable que no pudo considerarse en el análisis de regresión con la muestra total, pues faltaba en algunos casos, pero sí al comparar los grupos extremos. Los casos de larga duración tenían un mayor número de objetivos al comienzo del tratamiento y también, en consecuencia, habían aplicado más técnicas. Sería importante estudiar si el número de objetivos puede ser la variable más relevante para la prolongación del tratamiento, siendo el número de técnicas consecuencia de este número de objetivos.

En esta misma dirección, aunque con un peso escaso para explicar el alargamiento de la terapia, estaría la presencia de un diagnóstico comórbido, haber recibido algún tratamiento anterior y el grupo diagnóstico al que pertenece (trastorno del estado de ánimo o trastorno de la conducta alimentaria). Los casos de larga duración presentaban mayor comorbilidad que los de corta duración, lo que puede explicar el mayor número de objetivos terapéuticos.

En apoyo de esta idea está el hecho de que los grupos diagnósticos en los que más se alargó el tratamiento fueran los trastornos por consumo de sustancias, los TCA y los trastornos somatomorfos (ninguno aparece en el grupo de corta duración). Son trastornos que afectan a múltiples áreas de la vida de una persona, entre ellas la integración personal, familiar y social. Lógico es que su tratamiento suponga un mayor número de objetivos terapéuticos. Secades y Villa (2001) señalaban esto al afirmar que los trastornos por consumo de sustancias requieren un tratamiento multicomponente que abarque distintas áreas de la vida del paciente, lo que implicaría mayor tiempo de tratamiento. Algo similar se señala para los trastornos de la conducta alimentaria, que además presentan mayores tasas de comorbilidad (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh y Joyce, 1997; Herpertz-Dahlmann, Wetzler, Schultz y Remschmidt, 1996). Aunque esto también se señala en algunos casos en los trastornos de ansiedad y depresión (Deveney y Otto, 2010; Estupiñá et al., 2008).

El haber recibido algún tratamiento anterior puede significar que se trata de casos más resistentes al tratamiento y probablemente más cronificados. Los resultados en la literatura anterior apuntan a un incremento en la duración del tratamiento.

Tabla 7

Porcentajes de casos según diagnóstico principal DSM-IV en casos de corta y larga duración (n= 110). Solo se incluyen los diagnósticos que superan el 3%

Casos corta duración n= 60		Casos larga duración n= 50	
Sin diagnóstico	28,3%	Fobia social	10%
T ansiedad no especificado	6,7%	T obsesivo-compulsivos	10%
T adaptativo mixto	6,7%	T ansiedad generalizada	6%
Problemas paternofiliales	6,7%	T angustia con agorafobia	6%
		T adaptativo mixto	6%
		Problemas paternofiliales	6%
T ansiedad generalizada	3,3%		
T adaptativo con alteración mixta de emociones y comportamiento	3,3%	T ansiedad generalizada	4%
Retraso mental leve	3,3%	T ansiedad no especificado	4%
Diagnóstico aplazado en el eje II	3,3%	T adaptativos con e.a. depresivo	4%
Problema académico	3,3%	T conducta alimentaria n.e.	4%
Problemas conyugales	3,3%		

En resumen, sería importante estudiar la influencia del número de objetivos planteados al comienzo de la intervención sobre la duración del tratamiento, quizás éste puede ser el aspecto más relevante y puede reflejarse en el número de técnicas utilizadas, por encima del tipo de diagnóstico o problema del paciente. Cuanto mayor sea el cambio requerido, cuanto mayor sea el número de problemas o áreas de una vida a modificar, más técnicas deberán usarse y más se prolongará el tratamiento. La elección es evidente, o incluir menos objetivos o tratamientos más largos. Desde luego no se aboga por no abordar todos los objetivos imprescindibles, sino por precisar éstos, establecer las técnicas más efectivas y eficientes para lograrlo, y, además, la mejor forma de enseñarlas.

Señalar las técnicas más efectivas y eficientes para lograr cada objetivo terapéutico puede ser un logro más práctico incluso que el de establecer el tratamiento más adecuado para cada categoría diagnóstica. De esta forma se recuperarían las directrices originales de la modificación de conducta, que en realidad siguen presentes, aunque se incluya un diagnóstico categorial tipo DSM o CIE, el tratamiento se establece en función de las conductas específicas del paciente. Considerar más específicamente los objetivos de cambio permitirá una consideración más precisa de la función que tienen las conductas problema para el paciente y orientará mejor la elección de tratamiento.

No debe despreciarse que algunos protocolos terapéuticos, con un número de sesiones reducido, consiguen resultados muy positivos incluso sobre áreas muy variadas de la vida de los pacientes. Probablemente si los psicólogos precisaran mejor los objetivos te-

rapéuticos las intervenciones serían más precisas, mejores y más breves. No se trata de conseguir personas perfectas, sino de ayudar a los pacientes a solucionar sus problemas.

En esta dirección sería importante desarrollar protocolos de intervención específicos por objetivos, no por diagnósticos, indicando las técnicas más adecuadas para lograrlo. Esto permitirá un tratamiento individualizado para cada paciente según sus necesidades (objetivos a lograr), pero aprovechando las ventajas de haber identificado las técnicas y forma de aprendizaje más adecuadas para lograrlo.

No obstante este estudio no está exento de limitaciones. Es de señalar el bajo porcentaje de varianza explicada que puede deberse a la variabilidad intersujetos. Al tratarse de un estudio de efectividad hay muchas variables que se escapan del control en favor de la posible generalización de los resultados. Por otra parte, al querer comparar los casos extremos el número de sesiones de tratamiento recibidas por los casos de corta duración es muy bajo, en posteriores estudios deberían incluirse un grupo de corta duración con un mayor número de sesiones. También pueden considerarse las limitaciones derivadas del tipo de clínica en la que se realiza el estudio, que si bien sus características son similares a las de una clínica privada (Labrador, Estupiná y García-Vera, 2010), el porcentaje de estudiantes universitarios es elevado.

Agradecimientos

Este estudio se realizó con el proyecto PSI2009-13100 del Ministerio de Educación y Ciencia.

Referencias

- Barnow, S., Linden, M., y Schaub, R.T. (1997). The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 312-316.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V., y Joyce, P.R. (1997). Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 137-144.
- Estupiná, F.J., Aranda, I., Ballesteros, F., Sánchez, E.M., García-Vera, M.P., y Sanz, J. (2008). ¿Existe un perfil de pacientes que prediga una prolongación del tratamiento la depresión? Póster presentado en la IV reunión anual de la SEPCyS celebrada en Zaragoza.
- Deveney, C.M., y Otto, M.W. (2010). Resolving treatment complications associated with comorbid depression. En Otto, M.W., y Hofmann, S.G.: *Avoiding treatment failures in the anxiety disorders* (pp. 231-249). New York: Springer Sciences.
- García-Vera, M.P., y Sanz, J. (2009). La Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid: historia, características y situación actual. *Acción Psicológica*, 6, 123-134.
- Herpertz-Dahlmann, B.M., Wetzter, C., Schultz, E., y Remschmidt, H. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 335-344.

- Korobkin, S.B., Herron, W.G., y Ramírez, S.M. (1998). Severity of symptoms of depression and anxiety as predictors of duration of psychotherapy. *Psychological Reports*, 82, 427-433.
- Koss, M.P. (1979). Length and psychotherapy for clients seen in private practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 210-212.
- Koss, M.P. (1980). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of child and adult clients seen in private psychological practise. *Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, 17, 268-271.
- Herpertz-Dahlmann, B.M., Wetzler, C., Schultz, E., y Remschmidt, H. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 335-344.
- Labrador, F.J., Estupiñá, F.J., y García-Vera, M.P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Lin, J.C.H. (1998). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of chinese american clients seen in private practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 571-573.
- Morrison, K., Bradley, R., y Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy*, 76, 109-132.
- Muñiz, J.A. (2004). Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de terapia familiar breve en el ámbito privado. *Papeles del Psicólogo*, 87, 29-34.
- O'Connor, R.M., y Stewart, S.H. (2010). Substance use disorders. En McKay, D., Abramowitz, J.S., y Taylor, S. (2010). *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success* (pp. 211-229). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Quiroga, R., y Errasti, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 3, 393-406.
- Rastam, M., Gillberg, C.H., y Gillberg, C. (1995). Anorexia nervosa 6 years alter onset: Part I. Personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 61-69.
- Saldaña (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 3, 381-392.
- Secades, R., y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 3, 365-380.
- Seligman (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Valero, M., y Ruiz, M.A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 2, 11-18.
- Vallejo, M.A., Jordan, C.M., Díaz, M.J., Comeche, M.I., Ortega, J., Amor, P., y Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema*, 20, 610-615.
- Vallina, O., y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 3, 345-364.