

## Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana

Francisco Javier Labrador<sup>1</sup>, Paola Fernández<sup>2</sup> y Francisco Ballesteros<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Clínica Universidad Complutense de Madrid (UCM)

<sup>2</sup> Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

<sup>3</sup> Clínica de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)

**Resumen:** El objetivo del presente estudio es identificar la intervención psicológica en el contexto de la práctica clínica en contraposición al contexto investigador. Se analizan las características de una muestra de 122 pacientes que acuden en demanda de ayuda psicológica a la Unidad de Psicología Clínica asociada al Master de Psicología Clínica de la UCM. Los pacientes mayoritariamente son mujeres (68.85%), siendo la edad media 32.17 años. Tras identificar el tipo de problemas por los que se demanda atención, se analizan la duración promedio de los tratamientos, considerando tres categorías: Altas antes de 20 sesiones de tratamiento (32.79%), Altas entre 21 y 34 sesiones de tratamiento (31.15%) y Alta, Baja o En Tratamiento con más de 34 sesiones (36.60%). Se analiza la duración de los tratamientos según diagnóstico, siendo los trastornos de estrés post-traumático y distímico los que requirieron mayor número de sesiones, frente al trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo que fueron los que menos. Se discuten la generalización de los resultados y las implicaciones de los mismos para la profesión y la práctica clínica.

**Palabras clave:** Estudio descriptivo; tratamientos psicológicos; duración de los tratamientos; práctica clínica.

Psychological treatments in the usual clinical practice

**Title:** Psychological treatments in the usual clinical practice.

**Abstract:** The aim of the study is to characterize psychological intervention in the usual clinical practice as opposed to the research's context. The characteristics of a sample of 122 patients asking for psychological help at the Unit of Clinical Psychology in the Complutense University of Madrid, are presented. Patients are mainly women (68.85%), and the average age is 32.17 years. After identifying the kind of problems for which the help is required, the length of treatments is considered, clustered in three categories: 20 sessions of treatment or less (32.79%), between 21 and 34 sessions of treatment (31.15%) and over 34 sessions (36.60%). Also the treatment's length is considered according to the psychopathological diagnosis. Post-traumatic stress disorder and Distimic disorder are the diagnosis which required a greater number of sessions, whereas generalized anxiety disorder or depressive disorder are those that least sessions required. The generalization of results and its implications for the professional clinical practice, and for training clinical psychologists, are discussed.

**Keywords:** Descriptive study, psychological treatments, length of psychological treatments; clinical practice.

### Introducción

Los tratamientos psicológicos deben implicar períodos de rehabilitación, y no convertir a sus usuarios en “pacientes crónicos”, sino ayudarles a recuperarse lo más rápidamente posible. Eso conlleva que los tratamientos sean específicos para el paciente y para los problemas por los que demanda ayuda; y no que supongan intervenciones globales y difusas sobre la “vida de las personas”. Éste es el reto actual de la Psicología Clínica, ofrecer a los usuarios de sus servicios tratamientos que promuevan su pronta recuperación, es decir, eficaces, específicos a la demanda y breves. ¿Pero, lo logra?

El desarrollo de los tratamientos psicológicos ha permitido importantes avances en su precisión y eficacia, en especial a partir de la importancia dada a los “tratamientos empíricamente apoyados” (TEA) (Chambless y Ollendik, 2001; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003; Seligman, 1995). Razones de peso apoyan la necesidad de utilizar tratamientos que hayan demostrado empíricamente su eficacia, entre ellas: identificar qué tratamiento se ha mostrado más eficaz para cada trastorno; ofrecer una alternativa terapéutica a la opción psicofarmacológica; maximizar la eficiencia de los tratamientos en términos de costes y resultados; el derecho del paciente a recibir los tratamientos que hayan demostrado ser los más eficaces; y el interés de las agencias gubernamentales y compañías de salud por ofrecer y pagar sólo lo

que tiene garantía de ser eficaz (Labrador, Echeburúa y Beña, 2000).

Uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la Psicología Clínica actualmente es la de conseguir resultados positivos, en un breve período de tiempo, pues sólo así podrá competir con otros profesionales en el tratamiento de los trastornos mentales. La rapidez en la obtención de resultados está condicionada por las compañías de seguros con asistencia psicológica, al establecer un límite al número de sesiones de tratamiento que sufragan, que rara vez es superior a las veinte. En concreto, en España, *Adeslas* costea veinte, *Caser* veinte, *Mapfre* veinte (el doble para trastornos de la conducta alimentaria), *DKV Seguros* quince, o *Reale* diez. En el caso del Sistema Público de Salud no hay límite, si bien la disponibilidad de tiempo, dado el volumen de casos, no suele ser superior.

Por su parte, la investigación encaminada a desarrollar protocolos de actuación y programas de tratamiento, avala la consecución de éxito terapéutico, tanto en el postratamiento, como en los seguimientos, en un número corto de sesiones. Entre estos protocolos, cabe mencionar el programa de una a cinco sesiones para fobias específicas (Bados, 2005; Öst, Alm, Brandberg, y Breitholtz, 2001); la terapia de activación conductual para la depresión, de seis a doce sesiones (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001); el tratamiento en ocho sesiones para trastorno de estrés posttraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja (Labrador y Alonso, 2006; 2007); el programa de 12 a 16 sesiones para este trastorno en personas con enfermedad mental grave (Mueser et al., 2008); el programa de 12 a 25 sesiones para afectados por los atentados terroristas del 11 de septiembre (Levitt, Malta, Martín, David, y Cloitre, 2007); y el programa de diez sesiones para

**Dirección para correspondencia [Correspondence address]:** Francisco Javier Labrador. Departamento de Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid, España). E-mail: [labrador@cop.es](mailto:labrador@cop.es)

fobia social (Echeburúa, 1995). Igualmente, en los meta-análisis sobre tratamientos para fobia social de Moreno, Méndez, y Sánchez-Meca (2000) se refleja una media de 6 a 8 sesiones; y en el de Sánchez-Meca, Rosa y Olivares (2004) una media de 8.5 sesiones, con un rango entre 1 y 17 sesiones de tratamiento.

Además, múltiples trabajos destacan la importancia de conseguir mejorías en las primeras sesiones, señalando que conforme se prolongan los tratamientos éstas se van reduciendo. Así, en el estudio de Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986) se señala que el 58% de los pacientes mejoran en las primeras siete sesiones; y que a partir de la vigésimo sexta, el número de pacientes que obtienen mejoría sigue una curva negativamente acelerada. Resultados similares apuntan Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen, y Nielsen (2009); Barkham et al. (2006) y Kopta (2003), indicando que dosis elevadas de sesiones comienzan bien a “intoxicar” la eficacia de la intervención, bien a mantener estáticas las mejorías siguiendo éstas un curso asintótico. Ilardi, Craighead y Evans (1997) advierten que la mayoría de los efectos positivos de la terapia cognitiva para la depresión se dan alrededor de la quinta sesión. Wilson et al. (1999) y Agras et al. (2000) señalan que los pacientes con bulimia nerviosa que en la sexta sesión no han reducido un 70% las conductas purgativas, responderán con poca probabilidad al resto del tratamiento. En la misma línea, Shapiro, Rees, Barkham y Hardy (1995), encuentran que ocho sesiones producen los mismos logros terapéuticos que dieciséis en el tratamiento para la depresión (cit. en Thompson-Brenner, Novotny y Westen, 2004). Pero la mayor parte de estos trabajos hacen referencia a la aplicación de la Psicología Clínica en el “contexto de la investigación”, y son muy escasos los trabajos que abordan la actuación psicológica y su eficacia en contextos asistenciales (Gaston, Abbot, Rapee y Neary, 1996; Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schroeder, y von Witzleben, 2001; Lincoln et al., 2003; Shadish, Matt, Navarro y Phillips, 2000; Stuart, Treat y Wade, 2000; Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton, 1995), algunos de los cuales destacan la homogeneidad de los pacientes en la práctica asistencial y en los ensayos de investigación (Nathan, Stuart y Dolan, 2000; Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph y Rothman, 2005). Pero la aplicación de la psicología clínica en estos dos ámbitos puede ser muy diferente, en consecuencia, se echan de menos estudios que describan esta realidad asistencial de la psicología clínica.

En concreto apenas hay trabajos que estudien la duración de los tratamientos o el número de sesiones requeridas, presumiblemente más largo de lo que se señala en las investigaciones, ya sea en general o especificado en función del tipo de diagnóstico. La evidencia existente procede principalmente más de datos anecdóticos de casos clínicos individualizados, que de estudios sistemáticos sobre la duración de los tratamientos. No obstante caben destacar los trabajos de efectividad de Hahlweg et al. (2001) sobre la terapia para la agorafobia en el que se señala una media de 36.2 sesiones; y el de Lincoln et al. (2003), para la fobia social, que halla un promedio de duración de 35 sesiones. Por último, Lin (1998)

en su estudio sobre el patrón de utilización de los servicios de asistencia psicológica de una población de pacientes americanos de origen chino, arroja también datos sobre la dilatación de los tratamientos recibidos.

Sería muy deseable tener un conocimiento más preciso de la realidad de la psicología clínica en al práctica asistencial, de forma que permitiera identificar el tipo de problemas por los que se demanda atención psicológica, los tratamientos disponibles y los realmente utilizados, su duración y los resultados obtenidos por cada uno de ellos. Además permitiría identificar hasta qué punto los desarrollos y avances en la investigación son adecuados para la práctica clínica habitual y si, de hecho, se aplican.

En esta dirección se inscribe el presente trabajo cuyo objetivo es ofrecer datos de referencia sobre la duración de los tratamientos psicológicos aplicados en el “contexto clínico”. En concreto, se presentan los datos sobre duración de los tratamientos psicológicos en la Unidad de Psicología Clínica (UPC) del Master de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

## Método

### Participantes

#### *Descripción del centro*

La UPC, tiene un objetivo doble, por un lado prestar a sus usuarios unos servicios psicológicos asistenciales de calidad, y por otro facilitar un servicio donde llevar a cabo actividades profesionales de Psicología Clínica del Master, en especial el entrenamiento de los alumnos. La UPC es un centro abierto al público en general, y la atención psicológica dispensada es gratuita. El tiempo de lista de espera oscila entre 1 y 3 meses.

#### *Descripción de los terapeutas*

Para esta labor de atención psicológica se cuenta con aproximadamente 96 terapeutas por año, 48 terapeutas de 1º curso y 48 de 2º del citado Master. El 20% de los terapeutas son varones. Para cada caso se establecía un equipo terapéutico formado por un alumno de 1º y otro de 2º. Todos los terapeuta son licenciados en Psicología, cuyas edades suelen oscilar entre los 23 y los 27 años, que tienen una formación cognitivo – conductual, y al menos uno de ellos tiene ya un año de experiencia en Psicología Clínica bajo supervisión y un año de formación en el citado Master. Todos los terapeutas utilizan tratamientos psicológicos empíricamente apoyados y sus actuaciones en cada uno de los casos son supervisadas de manera continua (una vez cada 10-15 días) por varios tutores del Master, expertos de reconocido prestigio, todos ellos Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica.

### Descripción de los pacientes

Se acepta a todo tipo de pacientes, a demanda de los mismos, siendo el único criterio de exclusión que precisen hospitalización. La UPC recaba información sobre los pacientes con fines clínicos y de investigación, extremo notificado a los pacientes en el momento de iniciarse la terapia, exigiéndoles la aceptación y firma de un contrato terapéutico en el que se explicitan estas condiciones.

### Criterios de inclusión-exclusión en el estudio

#### Terapeutas

Se incluyen a todos los terapeutas que han trabajado en la UPC, desde 2003 a 2006, sumando un total de 102 parejas de terapeutas.

#### Pacientes

Se incluyen a los pacientes, atendidos entre los años 2003 y 2006, que hayan finalizado su tratamiento por cumplimiento de objetivos (*altas*), antes de 34 sesiones. También los que se encuentran en tratamiento, así como *altas* y *bajas* (salidas del tratamiento sin cumplimiento de objetivos terapéuticos) que hayan recibido 35 o más sesiones. No se incluyen los pacientes aún en tratamiento con menos de 35 sesiones, o dados de *baja* con menos de 34 sesiones. En total se consideran 122 pacientes, de entre los cuales, 38 varones (31.15 %) y 84 mujeres (68.85%), con un rango de edad entre 6 y 77 años, obteniéndose una media de edad próxima a 32 años.

#### Diseño

El diseño empleado es de tres grupos independientes. La asignación de los pacientes a los grupos se llevó a cabo atendiendo a la duración del tratamiento, esto es, al número de sesiones recibidas, así:

- Grupo 1: *Tratamientos de corta duración* (20 o menos sesiones)
- Grupo 2: *Tratamientos de media duración* (21-34 sesiones)
- Grupo 3: *Tratamientos de larga duración* (35 o más sesiones).

En los grupos *a* y *b* sólo se incluyeron pacientes cuyo tratamiento había finalizado por cumplimiento de objetivos terapéuticos (*altas*). En el grupo *c*, *tratamientos de larga duración*, se incluyeron tanto casos que habían sido dados de alta, de baja, o que en el momento de la recogida de información se encontraban aún en tratamiento, pero habían superado ya las 34 sesiones.

#### Procedimiento

Los participantes del estudio, usuarios de la UPC, recibieron tratamiento psicológico específico en respuesta a la demanda que hacían. Tras un contacto directo o telefónico para deman-

dar asistencia, se pasaba cada caso a uno de los tutores del citado Master que lo asignaba a una pareja de terapeutas. Tras la evaluación y formulación del caso (promedio 3-4 sesiones), se procedía a su exposición, previa presentación del informe clínico, ante el tutor y otros 14 terapeutas. Tras la discusión, el tutor aprobaba la pertinencia del tratamiento o establecía las modificaciones necesarias para su aprobación. Aprobada la propuesta de tratamiento, los terapeutas procedían a desarrollar éste hasta la consecución de los objetivos terapéuticos (*alta*). En algunos casos el tratamiento finalizaba antes de lograr los objetivos terapéuticos (*baja*) bien por abandono voluntario del paciente bien por decisión de los terapeutas. Los terapeutas deben informar por escrito del trabajo realizado al finalizar cada una de las sesiones, manteniéndose la supervisión a lo largo de todo el tratamiento.

## Resultados

Todos los datos considerados se han obtenido directamente de las bases de datos de la UPC, en las que, entre otros datos, se incluyen el número de sesiones de cada caso, y el tipo de diagnóstico según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000). Se consideran los casos que han concluido el tratamiento por alta antes de 35 sesiones, y los que han superado las 34 sesiones, bien se mantengan en tratamiento, sean dados de baja o dados de alta.

La distribución de sujetos en cuanto a las variables sociodemográficas sexo y edad se presenta en las Tablas 1 y 2.

**Tabla 1:** Sexo y edad de los pacientes en cada uno de los tres grupos.

	Sexo		Edad	
	% varones	% mujeres	Rango	Media
Grupo 1 *	30	70	10-66	32.10
Grupo 2 *	29	71	6-77	28.95
Grupo 3 *	34	66	15-76	35.07
N total	31	69	6-77	32.17

\* Grupo 1: *Tratamientos de corta duración* (20 o menos sesiones); Grupo 2: *Tratamientos de media duración* (21-34 sesiones); Grupo 3: *Tratamientos de larga duración* (35 o más sesiones).

**Tabla 2:** Distribución de los pacientes en función de la edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-12	7	5.7
13-22	21	17.2
23-32	43	35.2
33-42	23	18.9
43-52	15	12.3
53-62	10	8.2
63 o más	3	2.5
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

En la Tabla 3, se expone la distribución de los sujetos del estudio en función de una variable clínica, esto es, agrupados por el diagnóstico DSM-IV-TR (APA, 2000), en el Eje I.

**Tabla 3:** Diagnósticos de los pacientes que acuden en demanda de ayuda a la UPC según categoría del DSM-IV .

DIAGNÓSTICOS	SUBCATEGORÍAS	Nº TOTAL	PORCENTAJE
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	Trastorno de estrés postraumático: 6 Trastorno obsesivo compulsivo: 5 Problemas catalogados como ansiedad (sin diagnóstico): 5 Trastorno de ansiedad generalizada: 4 Fobia específica: 4 Pánico con agorafobia: 3 Trastorno de angustia: 3 Fobia social: 3 Agorafobia: 1	34	27.87
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	Depresión mayor: 11 Distimia: 4 Trastorno bipolar: 1	16	13.11
TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Otros trastornos adaptativos: 8 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo: 4	12	9.84
TRASTORNOS SEXUALES	Eyacuación precoz: 2 Trastorno de la erección en el hombre: 2 Deseo sexual hipoactivo: 2	6	4.92
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad: 2 Trastorno de la personalidad por evitación: 1 Trastorno de la personalidad por dependencia: 1 Trastorno límite de la personalidad: 1	5	4.10
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	Bulimia nerviosa: 2  Anorexia nerviosa: 1  Trastorno de la conducta alimentaria no especificado: 1	4	3.28
PROBLEMAS DE RELACIÓN	Problemas conyugales: 3	3	2.46
TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA	Enuresis: 1 Trastorno por déficit de atención hiperactividad: 1 Trastorno negativista desafiante: 1	3	2.46
OTROS DIAGNÓSTICOS	Hipocondría: 2  Trastorno por dependencia alcohólica: 2  Trastorno explosivo intermitente: 2  Exhibicionismo: 1 Juego patológico: 1	8	6.56
SIN DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO		31	25.41

En la Tabla 4 se expone el número de casos de cada grupo, es decir, la distribución de sujetos en función de las tres categorías de duración de los tratamientos.

**Tabla 4:** Número de casos en cada uno de los tres grupos de pacientes.

Número de sesiones	Casos	%
Grupo 1 *	40	32.79%
Grupo 2 *	38	31.15%
Grupo 3 *	44	36.06%
N total	<b>122</b>	<b>100%</b>

\* Grupo 1: *Tratamientos de corta duración* (20 o menos sesiones); Grupo 2: *Tratamientos de media duración* (21-34 sesiones); Grupo 3: *Tratamientos de larga duración* (35 o más sesiones).

En la Tabla 5, se presentan los datos sobre el número de sesiones recibidas (rango, media, mediana y moda), del N total de los participantes, y también los correspondientes a los siete diagnósticos más frecuentes considerando el diagnóstico principal del paciente según el eje I del DSM-IV-TR (APA, 2000): *trastorno adaptativo* (F43.22) (12 sujetos), *trastorno depresivo mayor* (F32.1) (11 sujetos), *trastorno de estrés postraumático (TEPT)* (F43.1) (6 sujetos), *trastorno obsesivo compulsivo* (F42.8) (5 sujetos), *trastorno distímico* (F34.1) (4 sujetos), *fobia específica* (F40.2.) (4 sujetos), y *trastorno de ansiedad generalizada* (F 41.1.) (4 sujetos).

**Tabla 5:** Duración de los tratamientos considerados los diagnósticos más frecuentes según categorías del DSM-IV-TR, Eje I, y el total de los pacientes.

DIAGNOSTICO	RANGO SESIONES	MEDIA SESIONES	MEDIANA SESIONES	MODA SESIONES
Trastorno adaptativo (TA)	18-52	30.83	20.50	20
Otros trastornos adaptativos	18-52	32.25	29.5	18
Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido	20-36	28	28	20
Trastorno depresivo mayor (TDM)	10-51	25.73	20	20
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	34-60	46	47	47
Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	14-76	35.20	32	14
Trastorno distímico (TD)	36-75	47	38.5	36
Fobia específica (FE)	16-66	29	17	17
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	12-38	24.25	23.50	12
N total	3-76	29.71	28	20

## Discusión

Primero destacar la importancia de disponer de datos sobre tratamientos psicológicos aplicados en una Clínica de Psicología. Ciertamente la UPC, aunque es un centro abierto a todo tipo de demanda, tiene características específicas que la diferencian de otras clínicas de psicología, entre ellas: el tratamiento es aplicado por una pareja de terapeutas, con una reducida experiencia clínica (máximo 12-18 meses) y bajo supervisión continuada de un experto en Psicología Clínica; se produce una rotación importante de terapeutas, pues éstos, al finalizar la formación del Máster dejan los casos no finalizados que son continuados por otros terapeutas, eso sí, siguiendo el mismo plan de tratamiento establecido; y por último, el tratamiento es gratuito. Estas características pueden repercutir en una mayor extensión de los tratamientos. Por otro lado, disponer de dos terapeutas, con mayor dedicación de tiempo y con supervisión constante por un experto que garantiza el uso de tratamientos empíricamente apoyados para cada tipo de problema, actuarían como factores favorables en la obtención de logros terapéuticos en un menor período de tiempo.

### Características de los pacientes

Respecto al sexo destaca que más de dos terceras partes de los pacientes sean mujeres (69%). Estos resultados son próximos a los reseñados en otros trabajos (Labrador, Estupiñá y García-Vera, (2010); Valero y Ruiz, 2003; Vallejo et al., 2008). Lo que o bien señala que las mujeres presentan más problemas psicológicos o, quizá, que los hombres son

más reacios a acudir en busca de esta ayuda. En cualquier caso la realidad se repite, al menos dos de cada tres pacientes en Psicología Clínica son mujeres.

Respecto a la edad, el rango es muy amplio, de 6 a 77 años, aunque la mitad se concentran entre los 23 y los 42 años. Destaca la escasa representación de niños (sólo 7 menores de 13 años) así como de personas mayores de 52 años (13).

En cuanto al tipo de problemas o trastornos, los resultados son consistentes con lo hallado en otros trabajos en ámbitos aplicados de la psicología clínica (Labrador, Estupiñá y García-Vera, 2010; Valero y Ruiz, 2003; Vallejo et al., 2008). Los trastornos de ansiedad y los relativos al estado de ánimo son los problemas por los que más frecuentemente se demanda ayuda psicológica, seguidos por los trastornos adaptativos. Varias son las razones que pueden explicar este fenómeno; por un lado, es posible que sean los problemas más frecuentes en la población, en especial entre mujeres. Por otro, también es posible que sea el tipo de problemas a los que se asocia, habitualmente, la labor del psicólogo. De forma que otros problemas como insomnio, trastornos de alimentación, problemas adictivos o los trastornos incluidos en la Psicología de la Salud parecen no ser considerados como ámbito de actuación de los psicólogos. Por ello, convendría informar y publicitar, tanto a los usuarios como a los responsables de los servicios de asistencia pública y privada, de esta realidad: los psicólogos clínicos disponen de procedimientos para tratar muchos más problemas que los de ansiedad y estado de ánimo, y además la eficacia de estos procedimientos viene avalada por un importante apoyo empírico (Fisher y O'Donahue, 2006; Labrador et al., 2000; Nathan y Gorman, 2007; Roth y Fonagy, 2005).

Por último, con respecto a los pacientes, aunque la atención se ofrezca a todo tipo de personas que lo soliciten, probablemente también presenten características que divergen de las de los usuarios de otros ámbitos o centros asistenciales. Así, dado que en la UPC la atención es dispensada por alumnos de Máster y es gratuita, es muy probable que un porcentaje importante de los pacientes sean personas con recursos escasos y que no han obtenido resultados positivos (o no han acudido) a los centros de asistencia psicológica oficiales. Como dato anecdótico en apoyo de esta hipótesis cabe señalar el gran índice de derivaciones de pacientes por parte de los servicios sociales de ayuntamientos próximos al campus universitario. Además muchos de los pacientes acuden a la UPC tras haber fracasado tratamientos anteriores, por lo que es de esperar que estos casos tengan una especial dificultad.

### Características de los tratamientos

Los datos del presente estudio señalan para la duración de los tratamientos una media de 29.71 sesiones, con una moda de 20, y una mediana de 28. Estas cifras son ciertamente elevadas, en especial si se comparan con el número de sesiones subvencionadas por las compañías aseguradoras.

También con algunos de los resultados presentados como los de Lin (1998), que en una muestra de 125 paciente presenta una media de 6 sesiones; o los de Labrador et al., (2010) en una muestra de 856 pacientes en los que la media es de 14 sesiones. No obstante, estos datos se acercan a los presentados por Hoglend (Hoglend, 2003; Hoglend y Peper, 1997), que defienden duraciones de entre 35 y 40 sesiones, aunque circunscritas a problemáticas de carácter más estructural.

Es verdad que en esas casi 30 sesiones de media se incluyen las 3 ó 4 sesiones de evaluación; pero aún así, siguen siendo muchas sesiones. Las razones por las que estos resultados evidencian un promedio superior al encontrado en los trabajos indicados es esperable que residan en las características de terapeutas y pacientes, nombradas anteriormente, en especial la escasa experiencia clínica. Muy probablemente sean medias elevadas por dificultades en algún caso esporádico, como puede verse por la distancia entre la media y la moda del número de sesiones.

Ciertamente habría que relativizar el valor de estos resultados, esperándose tiempos más reducidos en el contexto asistencial habitual, considerando el hecho de que el tratamiento sea gratuito y se lleve a cabo como parte del entrenamiento de futuros profesionales. Dos factores en especial pueden estar colaborando a una mayor duración de los tratamientos: por una parte, los pacientes, al no implicarles un coste económico, no se ven apremiados por aplicar las técnicas entrenadas, o en tratar de hacer más breve el tratamiento; y por otra, los terapeutas tampoco tiene una urgencia especial por reducir los tiempos, ya que se prioriza un desempeño terapéutico de calidad sobre la obtención de una duración breve. A ambos se añaden el que muchos de los pacientes provengan de tratamientos anteriores fracasados.

El rango del número de sesiones es muy grande de 3 a 76, notablemente mayor al presentado por Lin (1998), de 1 a 38 sesiones, aunque próximo al de Labrador et al. (2010) de 0-66. Probablemente este rango tan elevado señale que una parte importante de la elevada duración media quizá tenga que ver con el hecho de que algunos casos concretos se "atascan", lo que eleva de forma importante la media. El valor de la moda, 20 sesiones, señala mejor la duración habitual de un tratamiento psicológico. Así, aunque en algunos casos la duración de los tratamientos se prolongue, lo normal es que la duración sea breve, esto es, 20 sesiones. Este número, próximo a las sesiones que financian las compañías de seguros, pone de relieve que, incluso con terapeutas con escasa experiencia, la aplicación de los tratamientos empíricamente soportados, lleva a resultados positivos en relativamente pocas sesiones. Eso sí, la falta de experiencia puede explicar el que se "compliquen" algunos casos más de lo habitual.

Con todo, es evidente la necesidad de reducir ese tercio de paciente que reciben al menos 35 sesiones. También la necesidad de cuestionarse si no sería más adecuado establecer un número máximo de sesiones (por paciente o por problema), cuya superación sirva de señal respecto a lo inadecuado

de la actuación o la conveniencia de remitir a otro profesional. Esto colaboraría a modificar esa impresión, por otro lado poco realista, de que los tratamientos psicológicos deben ser largos.

Pero, más destacable aún es el señalar que el 64% de los pacientes que han finalizado el tratamiento con alta han requerido menos de 34 sesiones. Más aún, que un 33% de los casos haya requerido menos de 20 sesiones (16 de tratamiento real más 4 de evaluación), aunque hayan sido tratados por terapeutas noveles y con escasa experiencia, y el tratamiento haya sido gratuito (lo que supone menos urgencias para los pacientes para poner fin al tratamiento al no suponerles costes económicos). Obviamente la eficacia debe venir muy facilitada por el tipo de técnicas o procedimientos utilizados y probablemente también por la supervisión para su aplicación.

El que en el 36% de los casos no se hayan conseguido los objetivos terapéuticos completos antes de la sesión 34, no quiere decir que los pacientes no hayan mejorado, incluso de manera muy relevante en gran parte de los casos. De hecho en algunos casos los pacientes han abandonado el tratamiento antes de la sesión 34 al considerar que ya estaban bien, aunque el terapeuta considerara que aún habría de mejorarse algún aspecto.

Los resultados de este estudio señalan cierta relevancia del diagnóstico en el tiempo de duración de los tratamientos psicológicos. En especial, se evidencia que los trastornos distímicos y el TEPT conllevan tratamientos largos, superiores, en todos los estadísticos obtenidos, a las 35 sesiones. Estos hallazgos divergen notablemente de las publicaciones relativas a la duración del tratamiento del TEPT, encontrándose los estudios de Labrador y Alonso (2006) que utilizan 8 sesiones para mujeres víctimas de violencia doméstica; de Foa (1991), en cuyo artículo citado por la *Task Force* de los tratamientos empíricamente validados, habla de 9 sesiones; de Mueser et al. (2008) que nombran un tratamiento exitoso en 12-16 sesiones; y de Levitt et al. (2006) que señalan un rango de entre 12 y 25 sesiones para la recuperación de la sintomatología TEPT en pacientes que sufrieron los atentados del 11 de septiembre. Pero estos trabajos se incluyen en el campo de la investigación y hacen referencia a protocolos de actuación estandarizados, no propiamente a trabajos en el ámbito asistencial.

En el polo contrario, se sitúan los trastornos fóbicos, TAG y los trastornos depresivos. Si se atiende a las modas, probablemente valores que representan mejor la distribución de la duración de los tratamientos, en estos casos se está por debajo de las 20 sesiones. Al contrastar con evidencias en este ámbito recogidas en la literatura, algunos autores señalan cifras aún inferiores para las fobias específicas, como Öst et al. (2001) que referencia la recuperación en la sintomatología fóbica en un arco de 1 a 5 sesiones de tratamiento; o como el meta-análisis de Choy, Fyer y Lipsitz (2007) sobre el tratamiento de las fobias específicas en adultos, que observan que la media de las sesiones de todos los trabajos tratados giran entre 1 y 5 sesiones de exposición; o Wolitzky

Taylor, Horowitz, Powers y Telch (2008) que en su revisión meta-analítica encuentran una media de 3 sesiones de exposición para conseguir mejoras en la sintomatología de este tipo de trastornos. Pero éstos son datos muy distintos, primero por ser asimismo datos provenientes de trabajos en el ámbito de la investigación no asistencial; segundo, porque datos como el señalado por Wolitzky-Taylor et al. (2008), tres sesiones de exposición, probablemente no recogen la duración real de un tratamiento, sólo una parte de éste.

En relación a los trastornos del estado de ánimo, los datos del ámbito de la investigación también arrojan menor número de sesiones que en el presente artículo para el logro de la recuperación, encontrándose el estudio de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) que citan 12 sesiones; el de Jacobson y Christensen (1996) que hablan de menos de 12 sesiones; y el de Lejuez et al. (2001) que indican de 6 a 12 sesiones.

Un dato más a resaltar es la gran variabilidad en el número de sesiones utilizadas en el tratamiento de pacientes dentro de una misma categoría diagnóstica, desde 26 en el TEPT (rango = 34-60) hasta 50 en las fobias específicas (rango = 16-66), o 62 en los TOC (rango = 14-76). Esta dispersión presumiblemente se debe en gran parte al escaso valor de un diagnóstico formal según criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) para predecir la duración del tratamiento, incluso más aún, para caracterizar la problemática real del paciente. Ciertamente las diferencias en los pacientes que acuden con fobias específicas o con TOC son muy grandes, por lo que a pesar de un mismo diagnóstico la actuación de los terapeutas deben ser muy diferentes. La intervención realizada en todos los casos se ha diseñado en función de las hipótesis explicativas específicas para cada caso y no de la categoría diagnóstica asignada al paciente, vislumbrando así una posible mayor influencia del número de objetivos terapéuticos, frente a la entidad nosológica, sobre la extensión de la terapia. Es evidente que el tipo de diagnóstico establecido puede colaborar al diseño y aplicación del tratamiento, pero

otros criterios más precisos y específicos son fundamentales y prevalecen sobre el hecho de “etiquetar” al paciente, dado que el mismo tipo de diagnóstico puede llevar a duraciones de intervención muy dispares.

Es importante destacar las diferencias sistemáticas, al menos en la duración de los tratamientos, entre los trabajos de investigación y los tratamientos asistenciales. Estas diferencias hacen que con frecuencia los psicólogos clínicos, noveles y no tan noveles, que trabajan en el ámbito asistencial consideren que su actuación profesional es inadecuada, o bien que lo que se publica no tiene que ver nada con su trabajo, o bien que lo que se hace en las investigaciones es inalcanzable y por lo tanto no puede servir de referencia para su quehacer profesional. Entre otras razones se señala que los pacientes en los trabajos de investigación presentan un sólo tipo de problemas, o la intervención (y evaluación de los resultados) se centre sólo en un problema específico, mientras que en el ámbito asistencial lo habitual es que el paciente tenga más de un problema y el objetivo sea la mejoría integral del paciente. En cualquier caso esta discrepancia sistemática provoca una cierta desorientación y contribuye a la reiteradamente señalada divergencia entre lo que se hace en la investigación y en la clínica cotidiana, dejando de servir la primera de guía de la segunda, eludiendo por tanto su principal objetivo. Los datos aquí presentados pueden colaborar a “allanar” estas diferencias y ofrecer datos de referencia sobre los tratamientos llevados a cabo en el ámbito asistencial, con el objetivo citado de “recuperación integral de la persona”, sin duda el adecuado en la Psicología Clínica asistencial. Es más, señalan que quizá la diferencia no sea tan grande (mejor considerar los datos de moda o mediana que los de media), y eso a pesar de las condiciones tan especiales de la realidad de la UPC: terapeutas neófitos, asistencia gratuita y paciente en muchos casos remitidos de tratamientos anteriores fracasados, lo que señala que probablemente no sean los casos más sencillos.

**Nota:** este artículo se ha realizado con ayuda del proyecto PSI2009-1310 del Ministerio de Ciencia e Innovación

## Referencias

- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T., Kraemer, H.C. (2000). Outcome predictors for cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA
- Bados, A. (2005). *Fobias específicas*. Barcelona. Universidad de Barcelona
- Baldwin, S.A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A. y Nielsen, S.L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 2, 203-211.
- Barkham, M., Connell, J., Miles, J.N., Evans, C., Stiles, W. B., Margison, F. y Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1, 160-167.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Teoría cognitiva de la depresión*. Bilbao. DDB.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Choy Y., Fryer, A. J. y Lipsitz, D. (2007) Treatment of specific phobia in adults. *Clinical psychology review*, 27, 266 – 286.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Madrid: Martínez Roca.
- Fisher, J. E., O'Donohue, W. T. (2006). *Practitioner's guide to evidence based psychotherapy*. New York: Kluwer Academic/Plenum
- Foa, E., Rothbaum, B., Riggs, D. y Murdock, T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (5), 715-723.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M. y Neary, S. A. (2006) Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.

- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schoreder, B., y von Witzleben, I. (2001). Short and long term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69 (3), 375-382.
- Hoglund, P. y Peper, W. E. (1997). Treatment length and termination contracts in dynamic psychotherapy: A comparison of findings from two independent studies of brief dynamic psychotherapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 1, 37-42.
- Hoglund, P. (2003). Long-term effects of brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13, 3, 271-292.
- Howard, I. K., Kopta, S. M., Krause, M. S. y Orlinsky, D. E. (1986). The dose effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 2, 159-164.
- Ilardi, S., Craighead, W. y Evans, D. (1997). Modeling relapse of unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 3, 389-391.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). A Component analysis of cognitive behavioural treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Kopta, S. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: A defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 727-733.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000) *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F. J. y Alonso, E. (2006). Trastorno de estrés post traumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 76/77, 47-65.
- Labrador, F. J. y Alonso, E. (2007). Evaluación de la eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés posttraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 117-130.
- 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
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Levitt, J., Malta, L., Martín, A, David, L. y Cloitre, M. (2006). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1419-1433.
- Lin, J. (1998). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of chinese american clients seen in private practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (6), 571-573.
- Lincoln, T., Winfried, R., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schoreder, B., y Fiegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Moreno, P., Méndez, F. X. y Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, vol. 12, 346-352.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E., Lu, W., Rosenberg, H., McHugo, J., Wolfe, R. y Hamblen, J. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for post-traumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 259-271.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P. y Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between scylla and charybdis. *Psychological Bulletin*, 126 (6), 964-981.
- Öst, L., Alm, T., Brandberg, M. y Breitholtz, E. (2001). One vs. five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behaviour research and therapy*, 39, 167-183.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C y Amigo, I (dirs.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Roth, A. y Fonagy, P. (2005) *What Works for whom?*. Nueva York: Guilford;
- Sánchez-Meca, J., Rosa, A. y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, vol. 20, 1, 55-68.
- Seligman, M. E. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shapiro, D., Rees, A., Barkham, M. y Hardy, G. (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioural and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 378-387.
- Stirman, S. W., DeRubeis R. J., Crits-Christoph, P. y Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (1), 127-135.
- Stuart, G. L., Treat, T. A. y Wade, W. A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting. 1 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3) 506-512
- Thompson-Brenner, H., Novotny, C.M. y Westen, D. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 4, 631-663.
- Valero, M. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.
- Vallejo, M. A.; Jordán, C. M.; Díaz, M. I.; Comeche, M. I.; Ortega, J. Amor, P. y Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica on-line. *Psicothema*, 20, 610-615.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A y Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy on children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Wilson, G.T., Loeb, K.L., Walsh, B.T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu. X. y Wateraux, C. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 451-459.
- Wolizky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B. Y Telch, M. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021-1037.

(Artículo recibido: 4-2-2010; revisión: 4-12-2010; aceptado: 5-12-2010)