

# ¿COINCIDE LA DEMANDA DEL PACIENTE CON EL PROBLEMA PERCIBIDO POR EL TERAPEUTA? UN ANÁLISIS CUALITATIVO DE MOTIVOS DE CONSULTA

## DOES THE PATIENT'S MOTIVE FOR CONSULTATION MATCH THE PROBLEM PERCEIVED BY THE THERAPIST? A QUALITATIVE ANALYSIS OF THE REASONS FOR CONSULTATION

Alejandro Miguel-Álvaro, Ignacio Fernández-Arias  
y Cristina Larroy García

### Resumen

En el presente trabajo se pretende caracterizar la tipología y características de los motivos de consulta, así como examinar su grado de acuerdo con las problemática que el psicólogo asigna al paciente. El estudio se llevó a cabo en una Clínica Universitaria de Psicología. Se analizaron 451 expedientes de pacientes que solicitaron asistencia en el centro. Mediante un comité de expertos se categorizaron los motivos de consulta. Posteriormente se analizó su nivel de concordancia con el problema percibido por el clínico mediante el índice kappa ( $\kappa$ ) de Cohen. Los problemas de ansiedad fueron el motivo de consulta más frecuente (20,8%), seguidos de los problemas relacionales y de adaptación (18,6%) y los problemas depresivos (15%). Se obtuvo un valor del estadístico Kappa ( $\kappa$ ) de Cohen de 0.526. Este valor aumenta de manera significativa cuando son los progenitores los que informan del motivo de consulta. Se concluye que los datos revelan un acuerdo moderado entre el motivo de consulta y la problemática detectada por el clínico.

**Palabras clave:** Motivo de consulta, demanda asistencial, clínica universitaria, grado de acuerdo.

### Abstract

In the present paper we try to characterize the typology and characteristics of the motives/reasons for consultation as well as to examine their degree of agreement with the problem definition that the psychologist defines for the patient. The study was carried out in a University Psychology Clinic. We analyzed 451 records of patients who request assistance. Through a committee of experts, the reasons for consultation were categorized in order to analyze their level of agreement with the problem perceived by the clinician using the Cohen kappa ( $\kappa$ ) index. Anxiety problems were the most frequent reasons for consultation (20.8%), followed by relational and adaptation problems (18.6%) and depressive problems (15%). On the other hand, a value of Cohen's Kappa ( $\kappa$ ) statistic of 0.526 was obtained. This value increases significantly when the patient's parents are who inform about the reason for consultation. Data indicates in general a moderate agreement between the reason for consultation and the problem detected by the clinician.

**Key words:** Reason for consultation, health care demand, university clinic, degree of agreement.

Recibido: 14-06-19 | Aceptado: 04-09-19

## INTRODUCCIÓN

El motivo de consulta en Psicología Clínica, es un término que ha presentado dificultades históricas a la hora de llegar a un consenso en su definición (Rodríguez, 2007). Algunos autores, desde una tradición médica, lo conciben como una descripción de síntomas o problemas objetivos que “inspira” el diagnóstico (Javalkar y Litt, 2017). Otros, como una

simple comunicación inicial que denota inquietud y que puede servir como guía de inicio en el proceso de evaluación, algo más característico de los procesos de evaluación en psicología clínica (Caballo, 2006; Fernández Ballesteros, 2014; Haynes, Godoy y Gavino, 2011; Muñoz, 2003; Rodríguez, 2007). Esta perspectiva parte de la concepción del proceso de evaluación como un fenómeno más amplio, en el que el motivo de consulta es la especificación de la demanda y el diagnóstico no es un fin en sí mismo, sino una parte más del complejo proceso de evaluación (Fernández Ballesteros, 2014; Frances, 2014).

Universidad Complutense de Madrid.

E-Mail: alemigue@ucm.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVIII p.p. 363-374

© 2019 Fundación AIGLÉ.

La importancia pues, de la demanda y, por ende, del motivo de consulta, radica en que ésta debe ser adecuada para que se comience el proceso de evaluación, ya que suele ser la primera información, junto con los datos sociodemográficos, que los profesionales obtienen de sus pacientes. Sin duda, esta información es necesaria y valiosa.

Sin embargo, los motivos de consulta pueden ir más allá de la descripción de los problemas y razones por las cuales las personas solicitan asistencia (Martínez Farrero, 2006; Rodríguez, 2007). De hecho, hay autores que diferencian entre motivo de consulta manifiesto (aquel que el sujeto expone como justificante de su consulta) y latente o implícito (aquel que verdaderamente ha alentado al sujeto a pedir ayuda psicológica), sin que estos tengan por qué coincidir (p.ej. Martínez Farrero, 2006). Conocer la demanda implícita que contiene el motivo de consulta es de vital importancia, puesto que esta habla de la motivación y los intereses subjetivos del paciente a implicarse en la solución de su malestar. La controversia surge al examinar si el motivo de consulta es un indicador fiable que debe guiar la evaluación o, en cambio, pudiera ser un distractor o variable contaminadora. Parece claro que atender a la demanda explícita es necesario dado que es la motivación del paciente para acudir a consulta. Pero, ¿qué ocurre cuando la demanda implícita y la explícita no coinciden? Por el contrario, atender a la demanda implícita ofrece la oportunidad de trabajar sobre aquellos aspectos que el profesional considera relevantes pero, por otro lado, el paciente puede sentirse desatendido en sus necesidades por lo que, tal y como señala la investigación al respecto, el vínculo terapéutico se debilitaría (Fossa y Molina, 2017).

En el año 2004, Quesada afirmó que eran muy pocos los estudios que se habían interesado sobre la relación entre el motivo de consulta y su función dentro del proceso terapéutico. Hay que destacar que desde entonces hasta la actualidad pocos trabajos han abordado esta temática, centrándose la mayoría de ellos en la importancia de definir y recoger de manera adecuada el motivo de consulta como requisito para comenzar a establecer una adecuada alianza terapéutica (Maldavsky, Álvarez, Neves y Tate de Stanley, 2017).

La relación entre el motivo de consulta y el diagnóstico final que establece el profesional es difusa. En diferentes investigaciones el motivo de consulta no ha llegado a establecerse como predictor del diagnóstico (Lyne et al., 2010; Pierre Loebel, Soo Borson y Hyde, 1991). De hecho, parece que no hay relación entre el motivo de consulta y las derivaciones posteriores a otros servicios (Eyers et al., 1996) y que los terapeutas más experimentados establecen diagnósticos más discrepantes del motivo de consulta (Spaanjars, Groenier, van de Ven y Witteman, 2014) que los noveles. De hecho, Muñoz-Mar-

tínez y Novoa-Gómez (2012) afirman que las categorías diagnósticas rígidas no son suficientes para establecer las razones por las cuales las personas deciden acudir a los servicios psicológicos, pues estas categorías no dan cuenta de la demanda psicológica, las conductas problemáticas y el grado de afectación de quien consulta. No obstante, en otros trabajos más recientes se ha logrado relacionar motivos de consulta con un posterior diagnóstico de psicosis (Rice y col, 2018) o de trastornos del espectro autista (Lo, Klopper, Barnes y Williams, 2017) destacando los autores la utilidad que podría tener este aspecto en la mejora de la detección temprana.

La relación del motivo de consulta con otros procesos más allá del diagnóstico (p. ej. la formulación clínica del caso) también es compleja y controvertida. Por un lado, se ha observado una clara relación entre el motivo de consulta y las hipótesis explicativas que formulaban los clínicos en un 93,4% de los casos (Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez, 2012); por otro, los resultados obtenidos por Quesada (2004), que halló una ausencia de relación entre el motivo de consulta (expresado en 5 categorías generales) y las hipótesis explicativas, contrastan con los anteriores. Cabe destacar, que en el estudio de Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez (2012) las autoras concluyeron que aunque los motivos de consulta fueron una orientación importante para los clínicos (ya que la mayoría introdujeron los descriptores del motivo de consulta en las hipótesis explicativas), estos no se mostraron como un elemento que permitiera garantizar intervenciones exitosas en curso (pacientes en activo) o ya finalizadas (pacientes dados de alta).

Uno de los aspectos mínimamente abordados en la literatura anteriormente mencionada es el de estudiar quién emite el motivo de consulta. Este aspecto es importante debido a que puede proporcionar información de interés para el clínico e incluso puede dar una primera medida de la red de apoyo que tiene el paciente. Por ejemplo, algunos estudios ponen en valor el rol de la familia a la hora de acceder y acompañar a los pacientes en los servicios de salud mental destacando el papel que tiene en el proceso terapéutico la interpretación de los familiares en torno a la sintomatología que presenta el paciente (Viveros Chavarría, Londoño Bernal y Ramírez Nieto, 2017). El motivo de consulta, por lo tanto, puede ser un medidor de la vivencia subjetiva de los familiares del paciente.

Debido a todo lo expuesto, parece necesario profundizar en el conocimiento sobre los motivos de consulta referidos por los pacientes, la fuente de los mismos y su concordancia con el criterio final de los profesionales. Reflexionar sobre la posición que debemos adoptar los profesionales hacia la demanda de ayuda de los pacientes y adecuar las medidas oportunas para poner en concordancia dichos motivos con la alteración de los procesos psi-

cológicos detectados, puede contribuir a un mejor entendimiento de la problemática del paciente, a un acercamiento, si cabe, de la perspectiva de los pacientes y los terapeutas. Esto podría suponer un facilitador de la alianza terapéutica, algo que presumiblemente contribuiría a reducir fracasos o abandonos terapéuticos y por ende a un mayor alcance de los tratamientos.

Los objetivos de este trabajo son: 1) caracterizar la tipología de los motivos de consulta por los que acuden los pacientes a una clínica universitaria de psicología (contexto ambulatorio-asistencial) y 2) conocer el nivel de concordancia existente entre el motivo de consulta y el criterio final del profesional sobre la problemática del paciente, analizando este en función de diferentes factores.

## MÉTODO

### Participantes

Se examinaron 451 expedientes de los sujetos que solicitaron asistencia psicológica en la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid durante el año 2016 y el primer semestre del año 2017 para la realización del primer objetivo del trabajo (edad media = 26,03; D.T. = 14,54; rango de edad = 2-74; 61% de mujeres).

De todos los expedientes examinados, se descartaron 161 (el 36%) para el desarrollo del segundo objetivo, debido a que los sujetos nunca llegaron a acudir al centro o lo hicieron en un número de sesiones inferior al necesario para completar el proceso de evaluación. La muestra para esta segunda parte del estudio quedó compuesta por 290 sujetos (edad media = 25,46 años D.T. = 14,71; rango de edad = 4-73; 62 % de mujeres).

### Procedimiento

Los motivos de consulta fueron recogidos por el personal administrativo (formado por una persona del Personal de Administración y Servicios y un becario con funciones administrativas, ambos con formación específica en la cuestión). Los pacientes solicitaban asistencias por vía telefónica, momento en el cual el personal administrativo completaba un formulario diseñado por el propio centro en el que se recogía información de contacto, de facturación y el motivo de consulta del paciente. Este motivo de consulta fue codificado literalmente según palabras de los propios pacientes. Por otro lado, el equipo de profesionales que evaluaron cada uno de los casos y que emitió los diferentes juicios clínicos estaba integrado por 11 psicólogos, todos ellos con formación postgraduada y al menos 3 años de experiencia.

Dado que los motivos de consulta referidos por los pacientes eran literales, se categorizaron a través de un comité de expertos formado por el equipo directivo de la clínica y por el jefe de servicio, todos

ellos doctores y profesores de universidad. En un principio, a modo de guía, se partió de algunos de los grandes grupos que propone el DSM-5 (p.ej., problemas de ansiedad). En cualquier caso, cada uno de los componentes del comité de expertos, de manera individual y tras leer todos los motivos de consulta, propuso tantas categorías como consideró necesarias. Posteriormente, de manera consensuada se generaron 16 categorías que daban respuesta a la variabilidad de los motivos de consulta (tabla 1) a la vez que se definieron los criterios que debía de seguir un motivo de consulta para incluirse en cada categoría (tabla 2). Por ejemplo, algunas de las categorías propuestas fueron Problemas Relacionales o de Adaptación (que aglutina las demandas que tienen que ver con conflictos interpersonales o dificultad para adaptarse a cambios significativos en la vida, por ejemplo) o Evaluaciones Específicas (para agrupar todas aquellas demandas en las que se solicitaba simplemente realizar la evaluación de un aspecto determinado como, por ejemplo, de las capacidades intelectuales, sin ánimo de recibir un tratamiento posterior). Además, los motivos de consulta infanto-juveniles, se dividieron en problemas académicos, conductuales y emocionales. Posteriormente, se realizaron entrevistas con los diferentes psicólogos del centro para obtener la información referente al tipo de problema que consideraban tenía el paciente. Los terapeutas no tenían la información sobre el motivo de consulta referido en el momento de la entrevista (aunque sí la tuvieron en el momento de hacerse cargo del caso). Cabe destacar, que para llegar a establecer su juicio clínico, los profesionales realizaron entre 2 y 4 sesiones de evaluación con los pacientes utilizando procedimientos multifuente y multimétodo. Estos datos fueron recordados por el mismo comité de expertos anterior según las categorías generadas que guiaron la fase anterior. Posteriormente, para establecer el nivel de concordancia y poder llevar a cabo el segundo objetivo del estudio fue necesaria (por razones relacionadas con el estadístico escogido) realizar una agrupación en la categoría "Otros" de aquellas categorías que tenían menos de 20 sujetos, quedando conformado por 9 categorías (tabla 1).

También se registró la edad y el sexo de los pacientes, la fuente emisora del motivo de consulta, la presencia de tratamientos anteriores, el nivel de estudios de dicha fuente, si en el motivo de consulta se refería una categoría diagnóstica en concreto (p.ej., "Tengo un trastorno de ansiedad generalizada") y el estado del paciente en el centro al momento de la recogida de los datos (activo, alta, baja o abandono).

### Análisis estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencia para caracterizar la muestra y los motivos de consulta. Para analizar el nivel de concordancia entre los

motivos de consulta y los problemas que los clínicos asignaron a los pacientes se midieron los porcentajes de acuerdo entre ambas categorías y se utilizó el índice kappa ( $\kappa$ ) de Cohen como medida del tamaño del efecto, que es una herramienta estadística que ajusta el efecto del azar en la concordancia observada para elementos cualitativos. La medida de la fuerza de la concordancia se asumió según los criterios de Landis y Koch (1977) según los cuales si  $\kappa > 0,01$  y  $\leq 0,20$  (concordancia leve),  $\kappa > 0,20$  y  $\leq 0,40$  (concordancia aceptable),  $\kappa > 0,40$  y  $\leq 0,60$  (concordancia moderada),  $\kappa > 0,60$  y  $\leq 0,80$  (concordancia considerable),  $\kappa > 0,80$  y  $\leq 1,00$  (concordancia casi perfecta). Por último, se realizaron análisis bivariados para comparar las diferencias en función de la tasa de acuerdo teniendo en cuenta la edad de los pacientes, su sexo, si habían tenido tratamientos anteriores, quién había emitido el motivo de consulta, si se había referido un diagnóstico específico en el motivo de consulta, si los emisores del motivo de consulta tenían estudios universitarios y el estado del paciente en el centro al momento de la recogida de los datos (activo, alta, baja o abandono).

## RESULTADOS

### Características de la muestra

Las características sociodemográficas de la muestra se resumen en la tabla 3. En general, son personas mayores de edad, sin tratamiento previo, con estudios universitarios, y que emiten ellas mismas su motivo de consulta. Lo más habitual es que sea el mismo paciente el que solicita asistencia y, por lo tanto, informe del motivo por el que acude (64,5%). Como se puede observar, la madre del paciente constituye el siguiente grupo de solicitantes (24,6%), seguido por el padre del paciente (4,9%). Las categorías subsiguientes se sitúan todas por debajo del 2% de los casos.

### Características de los motivos de consulta

La tabla 4 muestra la distribución en las diferentes categorías de los motivos de consulta. Como se puede observar, los problemas de ansiedad (20,8%), los problemas relacionales y de adaptación (18,6%), los problemas infanto-juveniles (16,9%), y los de depresión (15,1%) son los más numerosos. A partir de ahí las categorías disminuyen sustancialmente en cuanto al número de casos que aglutinan, con porcentajes inferiores al 9%. Respecto a si los diferentes motivos de consulta referían un diagnóstico específico (p.ej., "tengo un trastorno de ansiedad generalizada"), se halló que 86 motivos de consulta (19,1%) lo hacían frente a 365 que no (80,9%).

### Nivel de concordancia entre el motivo de consulta y el problema asignado

A nivel global, se obtuvo un valor de concordancia según el estadístico Kappa ( $\kappa$ ) de Cohen de

0,526. Desde un punto de vista descriptivo, en las tres categorías que aglutinan mayor número de casos se obtiene un 46,2% de concordancia en los problemas de ansiedad, un 52% en los problemas depresivos y un 45,5% en los problemas relacionales y de adaptación.

En la tabla 4 se pueden observar las variaciones en el nivel de concordancia cuando se segmentan los datos en función de las diferentes variables recogidas. Todos los niveles de concordancia examinados resultaron estadísticamente significativos ( $p < 0,001$ ). Cuando es el propio paciente el que emite el motivo de consulta, el valor de  $\kappa$  se sitúa en 0,354 (49,7%) que resultó estadísticamente inferior ( $\chi^2 = 22,831$ ;  $gl = 1$ ;  $p < 0,001$ ) al valor de concordancia obtenido cuando los emisores son los padres ( $\kappa = 0,765$ ; 80,2% de acuerdo). Cabe destacar que cuando es la madre o el padre el que informa, el paciente en su mayoría es menor y descriptivamente se encuentra un porcentaje de acuerdo del 70% cuando son problemas infantiles de índole académica, de un 81,3% cuando son problema de corte conductual y en un 87% cuando los problemas son de tipo emocional. En esta dirección, se vuelven a observar diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 18,967$ ;  $gl = 1$ ;  $p < 0,001$ ) al analizar la concordancia en función de la edad del paciente, siendo ésta mayor cuando el paciente es menor ( $\kappa = 0,772$ ; 81,7% de acuerdo) respecto a la concordancia observada cuando el paciente es mayor de edad ( $\kappa = 0,395$ ; 52,5% de acuerdo).

El resto de valores de  $\kappa$  hallados en función de diferentes variables se sitúan entre 0,384 y 0,608 sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas en función de los niveles contemplados (ver tabla 5). No obstante, llama la atención que al clasificar los pacientes en función de su estado en el momento de la recogida de los datos se evidencia que en aquellos pacientes que causaron baja (dejando de asistir en las sesiones de evaluación) el valor  $\kappa$  desciende hasta el 0,384 (47,1% de acuerdo) aunque el nivel de acuerdo no sea estadísticamente inferior al obtenido en estados de alta (58,2%), abandono (59,2%) o en activo (60,4%) ( $p = 0,18$ ). Si en el motivo de consulta se refiere un diagnóstico específico o el paciente presenta tratamientos anteriores, los porcentajes de acuerdo son sensiblemente superiores (69% y 54,1%, respectivamente) frente a los que no refirieron explícitamente tales diagnósticos ni recibieron tratamientos anteriores. No obstante, tales diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo pretende explorar los motivos de consulta por los que los pacientes solicitan ayuda en contexto ambulatorio asistencial, más allá de cate-

gorías diagnósticas, tal y como se ha realizado en trabajos anteriores (p.ej., Muñoz-Martínez y Novoa-Gómez, 2012 y Quesada, 2004).

Los problemas de ansiedad constituyen el motivo de consulta más frecuente (20,8%), seguidos de los problemas relacionales y de adaptación (18,6%) y los problemas depresivos (15%). Estos datos son congruentes con la mayoría de la literatura epidemiológica, que señala que los problemas ansioso-depresivos son los más prevalentes (p.ej., de Pedro, Ruiz, Roca y Noguer, 2016) y los de más frecuente demanda (Labrador et al., 2016). Estos datos adquieren especial relevancia si consideramos la sintomatología ansiosa y depresiva que subyace a los problemas relacionales y de adaptación y contemplamos otros problemas más específicos como los relacionados con el trauma (4,4%), fóbicos (1,6%) o problemas emocionales en la infancia (7,1%). Tomada en conjunto, la demanda por problemas de corte emocional abarca un 67,5% del total de los motivos de consulta; es decir, 2 de cada 3 personas que solicitan ayuda profesional lo hacen por problemas emocionales. Este dato apoya las tesis de la adecuación de los tratamientos transdiagnósticos para los problemas emocionales (González Blanch et al, 2018; Rosique, Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot, 2019) en la medida en que conseguirían dar respuesta a, al menos, dos tercios de las demandas asistenciales. En el sentido contrario, las demandas por problemas específicos (trastornos sexuales, de la conducta alimentaria etc...) son infrecuentes si se conciben como la demanda principal. Este hecho podría explicarse teniendo en cuenta el tipo de centro y población de donde se obtuvo la muestra (una clínica universitaria de psicología). Únicamente un 3,3% de los pacientes no refieren ningún motivo de consulta específico y un 5,3% solicitan una evaluación específica para un problema en concreto.

Atendiendo a la fuente que refiere el problema, se observa que en un 64,5% de los casos, el motivo de consulta lo emiten los propios pacientes. En el 29,5% de los casos, son los padres los que solicitan la ayuda, y en concreto, de estos más del 90% de los casos es la madre. Este dato parece confirmar que sigue habiendo una diferencia en la distribución e implicación en los cuidados de los hijos (Cosp y Román, 2014). Es lógico pensar que este porcentaje se corresponde directamente con casos infantiles; sin embargo, es superior al 16,9% de problemas infanto-juveniles y al 5,3% de evaluaciones específicas (que en su mayoría son para valorar TDAH o altas capacidades). Ni siquiera tomando conjuntamente ambos porcentajes (22,2%) éste se acerca al de demandas por problemas infanto-juveniles. Este dato es relevante en la medida de que un porcentaje de pacientes vienen referidos por sus progenitores a pesar de ser mayores de edad.

El índice de concordancia entre el motivo de con-

sulta referido por los solicitantes y el criterio posterior del profesional, según los estándares de Landis y Koch (1977) es moderado ( $\kappa = 0,526$ ). Este dato apunta a que, si bien existe un cierto grado de concordancia entre ambos, esta no se puede considerar elevada, tal y como planteaban algunos trabajos anteriores (p.ej., Lyne et al, 2010; Pierre Loebel et al., 1991). Cabe destacar que estos trabajos sí distribuían los problemas en categorías diagnósticas y fueron realizados en hospitales psiquiátricos a diferencia del presente estudio que se ha realizado en un centro asistencial de carácter ambulatorio. Una posible explicación al moderado acuerdo encontrado podría residir en que quizá el motivo de consulta manifiesto no tenga que ver necesariamente con el latente (Martínez-Farrero, 2006). Esto supone que el motivo de consulta tenga más que ver con una inquietud subjetiva que el paciente no sepa o no se atreva a manifestar. Uno de los aspectos que apoyan esta hipótesis es la diferencia encontrada cuando es el propio paciente el que informa del motivo de consulta ( $\kappa = 0,354$ ) frente a que lo hagan los padres del paciente en el caso de los menores de edad ( $\kappa = 0,765$ ). En el segundo caso, la fuerza de la concordancia es considerable y cabe destacar que cuando son los padres los que informan lo hacen del motivo de consulta manifiesto (ya que tiene que ver con la clínica que observan en sus hijos) siendo normalmente síntomas externalizantes, mucho más fáciles de detectar (García-Vera y Fernández, 2016). No obstante, otro factor puede deberse a que la variabilidad de las categorías infanto-juveniles es menor respecto a la de los adultos.

Se ha podido observar que agrupar los datos en función de algunos factores como tener formación universitaria, cursar estudios de psicología o el sexo no repercute en el nivel de concordancia de manera significativa. La literatura sí que ha identificado de manera clara patrones de prevalencia diferenciales en función de las variables anteriores (p.ej., de Pedro, Ruiz, Roca y Noguer, 2016), pero parece que no afectan a la correcta comprensión del tipo de problema presente. Tampoco se evidenciaron diferencias significativas en el nivel de acuerdo por el hecho de haber recibido un tratamiento psicoterapéutico anterior. Sin embargo, el porcentaje de acuerdo de estos fue mayor (54,1%) frente a los que no (45%). Asimismo, se evidencia un mayor porcentaje de acuerdo en aquellos pacientes que refirieron en el motivo de consulta un diagnóstico específico frente a los que no (69% frente a 57,3%, respectivamente) aunque de nuevo sin llegar a la significación estadística. Estas diferencias son esperables pues cabe pensar que los pacientes pueden consultar por circunstancias diferentes atendiendo a la naturaleza dinámica de los problemas. Sin embargo, cuando se refiere un diagnóstico específico en el motivo de consulta, presumiblemente proveniente de un proceso terapéutico anterior, la diferencia en la concor-

dancia aumenta. En cualquier caso, sería interesante analizar por qué problemas consultaron anteriormente esos pacientes (Wampers et al., 2017).

Por otro lado, es interesante reseñar que el nivel de acuerdo no se ve afectado especialmente por el tipo de problema. Los problemas de ansiedad, los problemas depresivos y los problemas adaptativos y de relación son los que revelan un mayor porcentaje de acuerdo (46,2%, 52% y 45,5%, respectivamente). Estos datos podrían deberse a un mayor conocimiento de este tipo de problemas por parte de la población e incluso a un menor estigma (Labrador et al., 2016). De hecho, si adoptamos de manera conjunta estos tres problemas en una “supracategoría” de problemas emocionales, el índice de concordancia entre el motivo y el criterio final se eleva hasta el 58,8% ( $\kappa = 0,548$ ). La concordancia es más evidente al considerar la relación contraria, en la que el 88% de los casos en los que el profesional codificaba como problemas emocionales los pacientes habían consultado por este motivo. Por tanto, atender a los problemas emocionales como el núcleo de la demanda de atención psicológica permite diseñar respuestas terapéuticas de “amplio espectro” o transdiagnósticas, que superen las limitaciones nosológicas, tradicionalmente criticadas por su pobre validez de contenido y constructo (González Blanch et al, 2018; Rosique et al, 2019).

Es necesario reflexionar sobre la disminución del nivel de concordancia cuando el paciente ha causado baja, dejando de acudir en las primeras sesiones. Este dato podría indicar que el paciente puede percibir que el terapeuta no coincide con él en los problemas que le han llevado a consulta y por lo tanto se ve amenazada la alianza terapéutica (Manubens, Roussos, Ryberg, y Penedo, 2018). Esto llevaría a una incorrecta construcción del trabajo terapéutico y en última estancia a que el paciente cause baja (Soares, Botella, Corbella, Serra de Lémos y Fernández, 2013). Por otro lado, se observa que el nivel de acuerdo de los pacientes en activo y el de los que ya han finalizado el tratamiento (por alta o abandono) son similares, lo que nos permitiría descartar un sesgo de recuerdo por parte de los profesionales que codificaron los problemas por los que acudieron sus pacientes.

Este estudio cuenta con algunas limitaciones. La principal radica en que es una muestra retrospectiva. Además, el tamaño muestral limitado ( $N = 290$ ) no ha permitido el uso de un mayor número de categorías que favoreciesen un análisis más específico. En este mismo sentido un mayor tamaño muestral permitirá realizar modelos predictivos e incluso determinar la relación entre la falta de acuerdo y el fracaso terapéutico. Por último, el valor de Kappa depende fuertemente de las definiciones que se hace de las diferentes categorías, con las imperfecciones que ello conlleva.

Por último, podemos concluir que los resultados

de este estudio revelan un acuerdo moderado entre el motivo de consulta y la problemática detectada por el clínico, y la necesidad de investigar más en profundidad en este campo.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC: Author.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Caballo, V. (2006) *Manual de evaluación psicológica clínica y de la salud* (2 tomos). Madrid: Pirámide.
- Cosp, M. A. y Román, J. G. (2014). Cambios en el uso del tiempo de las parejas ¿Estamos en el camino hacia una mayor igualdad? *Revista Internacional de Sociología*, 72(2), 453-476. doi:10.3989/ris.2012.05.28
- de Figueroa, N. L. y Schmidt, V. (2008). Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 12, 21-28.
- Eyers, K., Wilhelm, K., Brodaty, H., Parker, G., Mitchell, P., Hickie, I. y Boyce, P. (1996). If the referral fits: bridging the gap between patient and referrer requirements in a tertiary referral unit. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(3), 332-336. doi:10.3109/00048679609064995
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fossa, P. y Molina, M. E. (2017). Momentos de debilitamiento del vínculo terapéutico: un estudio de micro-proceso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1).
- Frances, A. (2014). ¿Todos somos enfermos mentales? *Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Barcelona: Editorial Planeta.
- García-Vera, M. P. y Fernández, J. S. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: de la investigación a la consulta*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, SA).
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., ... y Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11. doi:10.1016/j.anyes.2017.10.005
- Haynes, S.N., Godoy, A. y Gavino, A. (2011) *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Javalkar, K., & Litt, J. S. (2017). Reason for Referral Predicts Utilization and Perceived Impact of Early Intervention Services. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(9), 706-713. doi:10.1097/dbp.0000000000000494
- Labrador, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., García-Fernández, G., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., & Labrador-Méndez, M. (2016). Characteristics of demand and psychological treatments in a university clinic. *Clínica y Salud*, 27(1), 7-14. doi:10.1016/j.clysa.2016.01.002
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 159-174. doi:10.2307/2529310
- Lo, Bee. H., Klopper, F., Barnes, E. H., & Williams, K. (2017). Agree-

- ement between concern about autism spectrum disorder at the time of referral and diagnosis, and factors associated with agreement. *Journal of paediatrics and child health*, 53(8), 742-748. doi:10.1111/jpc.13511
- Lyne, J., O'Donoghue, B., Bonnar, M., Golden, D., McInerney, C., Callanan, I., & Ryan, M. (2010). Reasons for referral and consultation liaison psychiatry diagnoses. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 27(3), 123-129. doi:10.1017/S0790966700001282
- Maldavsky, D., Álvarez, L. H., Neves, N. y Tate de Stanley, C. (2017). Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(2), 146-161.
- Manubens, R. T., Roussos, A., Ryberg, J. O. y Penedo, J. M. G. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *Academo*, 5(2), 143-158.
- Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.
- Muñoz-Martínez, A. M. y Novoa-Gómez, M. M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia psicológica*, 30(1), 25-36.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- de Pedro Cuesta, J., Ruiz, J. S., Roca, M. y Noguera, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, 23(2), 67-73. doi:10.1016/j.psiq.2016.03.001
- Pierre Loebel, M. D., Soo Borson, M. D., Thomas Hyde, Ph.D. (1991). Relationship Between Request for Psychiatric Consultation and Psychiatric Diagnoses in Long-Term-Care Facilities. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 898-903. doi:10.1176/ajp.148.7.898
- Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica*, 3(1).
- Rice, S., Polari, A., Thompson, A., Hartmann, J., McGorry, P., & Nelson, B. (2018). Does reason for referral to an ultra-high risk clinic predict transition to psychosis?. Early intervention in psychiatry. doi:10.1111/eip.12679
- Rodríguez, D. (2007). Motivos de consulta y clínica constructivista. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 3, 239-247. doi:10.15332/S1794-9998.2007.0002.05
- Rosique, M. T., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales: aplicación del protocolo unificado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., Serra de Lemos, M. y Fernández, M. (2013). Diferentes estilos de clientes y construcción de la alianza con un terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1).
- Spaanjaars, N. L., Groenier, M., van de Ven, M. O., & Witteman, C. L. (2014). Experience and diagnostic anchors in referral letters. *European journal of psychological assessment*, 31(1), 280-286. doi:10.1027/1015-5759/a000235
- Valero, L. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: Análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.
- Viveros Chavarría, E. F., Londoño Bernal, L. V. y Ramírez Nieto, L. Á. (2017). Roles en familias que acompañan a pacientes en una clínica psiquiátrica de medellín-colombia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1).
- Wampers, M., Pola, C., Verhaest, Y., Vandeneede, B., Demyttenaere, K., Vermote, R., & Lowyck, B. (2018). Predictors of dropout from a psychodynamic hospitalization-based treatment for personality disorders. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 217-223. doi:10.1037/pap0000160

Tabla 1. Categorías para la codificación de los motivos de consulta

Categorías propuestas para describir los motivos de consulta	Recategorización para establecer la concordancia entre el motivo y el criterio final*
Problemas relacionales y de adaptación	Problemas relacionales y de adaptación
Problemas de ansiedad	Problemas de ansiedad
Problemas depresivos	Problemas depresivos
Evaluación específica	Evaluación específica
Trauma	Trauma
Problemas de alimentación	----
Problemas obsesivos	----
Somatizaciones	----
Fobias	----
Problemas con sustancias	----
Duelo	----
Problemas sexuales	----
Problemas infanto-juveniles académicos	Problemas infanto-juveniles académicos
Problemas infanto-juveniles emocionales	Problemas infanto-juveniles emocionales
Problemas infanto-juveniles de conducta o comportamentales	Problemas infanto-juveniles de conducta o comportamentales
Otros (incluye problemas de personalidad y trastornos psicóticos)	Otros

\* Nota: Las categorías que desaparecen en la recategorización son incluidas en el apartado otros

Tabla 2. Criterios de inclusión de los motivos de consulta en las diferentes categorías

Categorías propuestas para describir los motivos de consulta	Criterios de inclusión en la categoría
Problemas relacionales y de adaptación	Demandas que refieren conflictos interpersonales o dificultad para adaptarse a cambios significativos en la vida
Problemas de ansiedad	Demandas en las que lo predominante es la descripción de sintomatología ansiosa (nerviosismo, estrés, preocupación, etc.). Se excluyen las relacionadas con miedos específicos.
Problemas depresivos	Demandas en las que lo predominante es la descripción de sintomatología de corte depresivo (p.ej., tristeza, llanto, apatía, etc.).
Evaluación específica	Demandas en las que se solicitaba realizar la evaluación de un aspecto determinado (p.ej., capacidades intelectuales), sin ánimo de recibir un tratamiento posterior.
Trauma	Demandas en las que se refiere la exposición a un evento traumático (p.ej., agresiones, accidentes, etc.).
Problemas de alimentación	Demandas cuya queja principal son los problemas relacionados con el aspecto físico y la comida.
Problemas obsesivos	Demandas cuya única queja es la existencia de pensamientos, ideas, o conductas de carácter repetitivo y que causan malestar a la persona.
Somatizaciones	Demandas que refieren padecer una dolencia física habiendo sido descartada previamente causa orgánica.
Fobias	Demandas que se circunscriben únicamente al malestar producido por un miedo en particular.
Problemas con sustancias	Demandas que refieren problemática asociada al consumo de sustancias psicoactivas.
Duelo	Demandas cuya queja principal es el malestar por la pérdida de un ser querido.
Problemas sexuales	Demandas que se centran principalmente en el malestar en cualquier aspecto del ámbito sexual.
Problemas infanto-juveniles académicos	Demandas referidas a menores de 18 años en las que destacan los problemas de aprendizaje.
Problemas infanto-juveniles emocionales	Demandas referidas a menores de 18 años en las que destacan los problemas de ansiedad, estado de ánimo o adaptación.
Problemas infanto-juveniles de conducta o comportamentales	Demandas referidas a menores de 18 años en las que destacan los problemas de comportamiento disruptivo.
Otros (incluye problemas de personalidad y trastornos psicóticos)	Demandas en las que se refiere la existencia de sintomatología de corte psicótico (alucinaciones, delirios...) o de patrones de comportamiento atípicos o extravagantes.

Tabla 3. Características de los pacientes que solicitaron asistencia

	M (dt) / N (%)
Edad	26,03 (14,54)
Menores de edad %	24.9
Mayores de edad %	75.1
Sexo	
Varón	176 (39)
Mujer	275 (61)
Tratamientos anteriores	
Si	100 (31)
No	223 (69)
¿Quién emite el motivo de consulta?	
El mismo paciente	291 (64,5)
Madre	111 (24,6)
Padre	22 (4,9)
Otro familiar	8 (1,8)
Pareja	7 (1,6)
Otros	12 (2,7)
Nivel de estudios del emisor	
Primarios	14 (3,1)
Secundarios	19 (4,2)

Tabla 4. Caracterización de los motivos de consulta

Tipo de problemática	Motivo de consulta
	N (%)
Problemas de ansiedad	94 (20,8)
Problemas relacionales y de adaptación	84 (18,6)
Problemas infanto-juveniles	76 (16,9)
Problemas infanto-juveniles emocionales	32 (7,1)
Problemas infanto-juveniles conductuales/comportamentales	26 (5,8)
Problemas infanto-juveniles académicos	18 (4,0)
Problemas depresivos	68 (15,1)
Otros (incluye problemas de personalidad y problemas psicóticos)	28 (6,2)
Evaluación específica	24 (5,3)
Trauma	20 (4,4)
Problemas de alimentación	12 (2,7)
Problemas obsesivos	8 (1,8)
Fobias	8 (1,6)
Somatizaciones	5 (1,1)
Duelo	4 (0,9)
Problemas con sustancias	3 (0,7)
Problemas sexuales	2 (0,4)
No emite motivo de consulta	15 (3,3)
TOTAL	451 (100)

Tabla 5. Porcentaje de acuerdo y nivel de concordancia en función de distintas variables recogidas

	Porcentaje de acuerdo	p	Valor Kappa de acuerdo
Sexo del paciente			
Mujer	59.60%	0.96	= 0,518 (p < 0,001)
Varón	59.80%		= 0,535 (p < 0,001)
Edad del paciente			
Menor de edad	81.70%	< 0,001***	= 0,772 (p < 0,001)
Mayor de edad	52.50%		= 0,395 (p < 0,001)
Tratamientos anteriores			
Sí	54.10%	0.37	= 0,566 (p < 0,001)
No	45%		= 0,509 (p < 0,001)
Informador del motivo de consulta			
El mismo paciente			= 0,354 (p < 0,001)
Madre/padre	49.70%	< 0,001***	
	80,2%%		= 0,765 (p < 0,001)
Referir un diagnóstico específico			
Sí	69%	0.11	= 0,608 (p < 0,001)
No	57.30%		= 0,501 (p < 0,001)
Estudios universitarios			
Sí	61%	0.53	= 0,536 (p < 0,001)
No	55.40%		= 0,536 (p < 0,001)
Estado del paciente			
Activo (n = 106)	60.40%		= 0,524 (p < 0,001)
Alta (n = 67)	58.20%	0.18	= 0,490 (p < 0,001)
Baja (n = 35)	47.10%		= 0,384 (p < 0,001)
Abandono (n = 49)	59.20%		= 0,510 (p < 0,001)

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; > 0,01 y ≤ 0,20 (concordancia leve), > 0,20 y ≤ 0,40 (concordancia aceptable), > 0,40 y ≤ 0,60 (concordancia moderada), > 0,60 y ≤ 0,80 (concordancia considerable), > 0,80 y ≤ 1,00 (concordancia casi perfecta), según Landis y Koch, 1977.