

Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados

Francisco Javier Labrador, Francisco José Estupiñá y María Paz García Vera
Universidad Complutense de Madrid

Con el objetivo de caracterizar el contexto clínico habitual, en contraposición al contexto de investigación, se analizan las características de pacientes y tratamientos aplicados en una muestra de 856 pacientes de la Clínica de Psicología de la Universidad Complutense. Se identifican los tipos de problemas por los que se demanda atención, las características de los terapeutas y su actuación. El 83% de los pacientes fue evaluado en 4 sesiones o menos (mediana= 4). El 75,3% recibió 18 o menos sesiones de tratamiento (mediana 11). El 24,3% de los pacientes abandonó el tratamiento. De los pacientes que iniciaron tratamiento el 68,3% finalizó éste como alta terapéutica. Se discute la generalización de los resultados e implicaciones para la profesión y la práctica clínica.

Psychological care demand in clinical practice: Treatment and results. With the aim of describing the usual clinical context as opposed to the academic or research context, the characteristics of patients and psychological treatments applied in a sample of 856 patients from the Clinic of Psychology of the Complutense University is analyzed. The disorders that require attention, the characteristics of the therapists and their interventions are identified. Out of the total patients, 24.3% withdrew from treatment; 68.3% of the patients who started treatment completed it with therapeutic success. 83% of patients were assessed in 4 sessions or fewer (median= 4). 75.3% of patients who finished the treatment received 18 or fewer treatment sessions (median= 11). The generalization of the results and their implications for professional clinical practice and for training clinical psychologists are discussed.

En los últimos años, la práctica de la psicología clínica es percibida socialmente de forma positiva, tanto en España como en otros países. La actuación profesional de los psicólogos es considerada útil y eficaz, sus servicios se buscan y los clientes se muestran generalmente satisfechos con los mismos (Berenguer y Quintanilla, 1994; Buéla-Casal et al., 2005; Consumer Reports, 1995; Seligman, 1996). Aunque la información sobre cómo se realiza la práctica de la psicología clínica es escasa, en especial en el contexto clínico en contraposición al contexto de investigación.

En España, algunos estudios han tratado de caracterizar esta realidad (Santolaya, Berdullas y Fernández, 2001; Valero y Ruiz, 2003; Vallejo et al., 2008). Así, Santolaya et al. (2001) señalan que los psicólogos clínicos españoles son jóvenes (el 22,5% menos de 30 años), mayoritariamente mujeres (70%) y trabajan en un centro privado (73%). Más del 75% de los psicólogos clínicos españoles reconocen utilizar Técnicas de Modificación de Conducta en su práctica clínica habitual, adscribiendo su actuación profesional el 49,8% al modelo Cognitivo-Conductual; el 14,12% al de Modificación de Conducta y el 12,8% a un marco Ecléctico. Otros modelos tienen solo una representación residual inferior al 10%.

Sin embargo, apenas hay datos sobre el tipo de pacientes atendidos, sus demandas o el tipo de atención psicológica recibida (problemas, características, resultados, etc.), en el ámbito asistencial, frente al quehacer del psicólogo en el contexto investigador, del que sí hay una mayor información (Shadish, Matt, Navarro y Phillips, 2000; Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton, 1995). Pero, aunque hay estudios que señalan que son similares los pacientes en la práctica asistencial y en los ensayos de investigación (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph y Rothman, 2005), 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, aunque ya se dispone de algunos (Gaston, Abbot, Rapee y Neary, 1996; Hahlweg et al., 2001; Lincoln et al., 2003; Stuart, Treat y Wade, 2000).

Sin embargo, el conocimiento preciso de la práctica asistencial de la psicología clínica es del máximo interés, pues permitiría identificar el tipo de problemas por los que se demanda atención psicológica, los tratamientos disponibles y los realmente utilizados, sus características principales (sesiones de evaluación, sesiones de tratamiento, técnicas utilizadas, etc.), y, en especial, los resultados obtenidos por cada uno de ellos. Además permitiría contrastar hasta qué punto los desarrollos y avances en la investigación son adecuados para la práctica clínica habitual y si, de hecho, se aplican. Es decir, constatar la implantación de los Tratamientos Empíricamente Apoyados (TEA) en la práctica asistencial de la psicología clínica (Chambless y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 2007; Pérez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigo, 2003; Woody, Weisz y Mclean 2005).

El objetivo de este estudio, tras una breve caracterización de las demandas de atención, es analizar los tratamientos que se llevan a cabo en una Clínica de Psicología (ámbito asistencial) y los resultados obtenidos.

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 (CS 1334) desde 1998. Tiene entre sus objetivos: a) prestar servicios psicológicos asistenciales de calidad; b) desarrollar la formación continuada de profesionales de Psicología Clínica y de la Salud; c) facilitar un entorno para la investigación en psicología clínica.

Descripción de los terapeutas. Para su labor asistencial la CUP cuenta, en la actualidad, con un equipo de catorce psicólogos (en épocas anteriores el número era menor). Dos son personal fijo de la UCM y ejercen funciones de supervisión y coordinación. Los otros doce son psicólogos-residentes durante dos años. Todos son licenciados en Psicología con al menos un título de postgrado de nivel Magister, que acredite su especialización en evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos, siendo el más habitual el Magister en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. Además realizan un amplio número de cursos formativos, muchos en la propia CUP. Los psicólogos-residentes, habitualmente con edades entre 24 y 27 años, tienen una formación Cognitivo-Conductual y entre uno y tres años de práctica clínica supervisada en el momento de incorporarse a la CUP. Sus intervenciones están supervisadas por profesionales de reconocido prestigio en Psicología Clínica y de la Salud, y/o Psiquiatría.

Descripción de los pacientes. La CUP es un centro abierto al público general que acepta todo tipo de pacientes a demanda de los mismos, sin criterios de exclusión. Los servicios de la CUP son de pago. El tiempo de lista de espera oscila entre 1 y 3 meses. La CUP recaba información sobre los pacientes con fines clínicos e investigadores, notificándoselo a estos pacientes en el momento de iniciarse la terapia.

Variables

Variables de los terapeutas

Características demográficas (sexo, edad).

Características profesionales: formación en Psicología Clínica, carga laboral, dedicación, grado de formación especializada y supervisión del desempeño clínico.

Variables de los pacientes

Características demográficas (sexo, edad, estado civil, situación laboral, nivel de estudios, vía de acceso a la CUP).

Características clínicas. Diagnósticos (según DSM-IV y DSM-IV-TR) establecidos por los terapeutas tras la pertinente evaluación, empleando las técnicas e instrumentos que consideran adecuados.

Variables de las terapias. Número de sesiones de evaluación y tratamiento antes del abandono o alta, número de sesiones de seguimiento, resultado del tratamiento (altas y bajas).

Criterios de inclusión en el estudio

Se incluyeron todos los datos disponibles desde el inicio de la CUP, junio de 1999 a febrero de 2008.

Terapeutas. Se incluyó a los 37 terapeutas que han trabajado en la CUP, cuya caracterización aparece en la tabla 1.

Pacientes. Se consideró inicialmente a la totalidad de los pacientes de la base de datos de la CUP (N= 1325), salvo los que acceden para programas de investigación. Se dividió a los pacientes en las siguientes categorías:

Pacientes baja (n= 266, 20,05%). Casos en los que se demanda atención pero no se inicia un tratamiento.

Pacientes actualmente en evaluación, tratamiento o seguimiento (n= 283, 21,36%).

Pacientes en evaluación pretratamiento (n= 51, 3,85%).

Pacientes en tratamiento (n= 168, 12,68%).

Pacientes en seguimiento (n= 38, 2,87%).

Pacientes en evaluación postratamiento (n= 6, 0,45%).

Pacientes de alta (n= 491, 37,06%). Casos en los que se finaliza la intervención tras conseguir los objetivos terapéuticos.

Pacientes en abandono (n= 258, 19,47%). Casos en los que se finaliza la intervención sin haber conseguido todos los objetivos terapéuticos, en contra de la recomendación del terapeuta.

Pacientes intervenidos en situación de crisis (n= 27, 2,04%). Casos en los que la intervención se realiza a petición del interesado o autoridades académicas en una situación de emergencia.

Instrumentos

Los terapeutas seleccionaron los instrumentos de evaluación y los materiales de tratamiento que consideraron apropiados en cada caso, tomando como guía la literatura sobre tratamientos empíricamente validados e instrumentos de evaluación con adecuadas propiedades psicométricas y considerados representativos por su empleo en la literatura para cada trastorno.

Los resultados de las evaluaciones e intervenciones fueron codificados en una base de datos desarrollada ad hoc, y posteriormente trasladados a un fichero de datos elaborado con el paquete estadístico SPSS.

Variable	Terapeutas
Número	N= 37
Sexo	72,88% mujeres
Edad al ingreso en el centro	Media: 25,35 años; SD: 1,22 años
Orientación de las intervenciones	Cognitivo conductual
Formación clínica (en años)	Mediana: 7 años (Licenciatura, dos años de postgrado); rango 5,5-8 años
Supervisión y controles	Acceso a supervisión de los casos en evaluación, tratamiento y alta
Carga de casos ^a y dedicación laboral	Mediana: 23 casos; rango 12-38 Dedicación laboral plena

^a Calculada sobre los casos y terapeutas actualmente en activo

Procedimiento

Se realizó un filtrado previo de datos para adecuarlos a los objetivos del estudio:

Para establecer la frecuencia de los diagnósticos se excluyó del análisis a los pacientes clasificados como «baja» (n= 266), «intervención en crisis» (n= 27) y «en Evaluación Pre-Tratamiento» (n= 51) por no tener diagnóstico (total de excluidos: 344).

Los clasificados «en Tratamiento» (n= 168) fueron excluidos de los análisis sobre duración total del tratamiento al no haber finalizado éste.

Los clasificados como «Evaluación Post-Tratamiento» (n= 6) o «Seguimiento» (n= 38) fueron excluidos del análisis de los resultados del tratamiento (total de excluidos: 44)

Se excluyeron los historiales incompletos o codificados de forma errónea que no pudieron ser subsanados (n= 106).

Con la muestra de casos resultante, 856 pacientes, se procedió al análisis de datos.

Análisis de datos

Los datos obtenidos, codificados en un fichero SPSS, fueron sometidos a un análisis de frecuencias para caracterizar la muestra de pacientes, terapeutas y tratamientos.

Resultados

Variables sociodemográficas de los pacientes (n= 856)

Sexo. 34,8% de varones (n= 298) y 65,2% de mujeres (n= 558).

Edad. Edad media 29,74 años (desviación típica 13,25 años; rango 3-77 años).

Estado civil. Declaran estar solteros el 67,3% (n= 576), el 25,2% (n= 216) casados o conviviendo con pareja estable, el 6,1% (n= 52) separados o divorciados y el 4% (n= 12) viudos.

Situación laboral. El 46,8% eran empleados, el 45,8% estudiantes.

Nivel de estudios. El 50,35% tenía un título universitario, el 30,26% estudios secundarios.

Variables clínicas (n= 856)

Diagnóstico. Se consideró el diagnóstico establecido por los terapeutas para cada paciente según criterios del DSM IV y DSM-IV TR (APA, 1995, 2000). En la tabla 2 se incluyen la distribución de diagnósticos, destacándose los de mayor prevalencia.

Comorbilidad de diagnósticos. Para un 17,7% de los pacientes (n= 152) se emitió al menos un segundo diagnóstico, siendo los más frecuentes: trastorno de ansiedad (26,32%), problemas de relación (18,42%), trastornos del estado de ánimo (15,13%) y trastornos de la personalidad (10,53%).

Duración del problema. El 32,9% (n= 282) afirmaba tener el problema «desde siempre» o no poder precisar el inicio. Para el 67,2% restante (n= 575), la duración media del problema era de 38,3 meses, con una desviación típica de 55,1 meses (rango 1 mes a 45,1 años).

Tratamientos anteriores. El 50,7% (n= 434) no había estado en tratamiento antes. De los tratamientos anteriores de los pacientes el más frecuente era el farmacológico (18,57% del total).

Ingesta de fármacos. El 21,4% (n= 183) de los pacientes tenían prescritos fármacos para su problema al acudir a terapia.

Variables terapéuticas (n= 856)

Clasificación según estado de la intervención. En el momento de realizar el estudio, el 80,96% de los pacientes había finalizado el tratamiento, el 52,45% (n= 449) había obtenido alta terapéutica, el 4,21% (n= 36) baja terapéutica y el 24,30% (n= 208) había abandonado el tratamiento. Los restantes pacientes estaban en tratamiento (n= 159; 18,57%) o en evaluación post-tratamiento (n= 4; 0,47%).

Número de sesiones de evaluación. Oscilaron entre 0-14 sesiones, siendo la mediana y la moda 4. El 83% (n= 713) tuvo 4 o menos sesiones de evaluación y solo el 3% (n= 25) más de 6 sesiones (véase fig. 1).

Número de sesiones de tratamiento. Solo se incluyen los casos que habían finalizado el tratamiento, ya fueran alta, seguimiento o evaluación postratamiento (n= 489). El número de sesiones osciló entre 0 y 66, siendo la mediana 11 (media 13.9 y desviación típica 10.83, rango 0-66). El 75,3% (n= 368) de los sujetos recibió 18 o menos sesiones de tratamiento (véase fig. 2).

Tabla 2
Distribución de la muestra de pacientes según categorías diagnósticas

Categorías diagnósticas DSM - IV - TR	Frecuencia	Porcentaje (%)
Trastornos de ansiedad	273	31,89
Sin diagnóstico	127	14,84
Trastornos del estado de ánimo	81	9,46
Problemas de relación	84	9,81
Trastornos adaptativos	63	7,36
Trastornos de la personalidad	47	5,49
Otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica	34	3,97
Trastornos de la conducta alimentaria	25	2,92
Trastornos del control de los impulsos	19	2,22
Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora	16	1,87
Trastornos somatomorfos	15	1,75
Trastornos sexuales	13	1,52
Trastornos psicóticos	10	1,17
Trastornos del aprendizaje	7	0,82
Trastornos del sueño	6	0,7
Trastornos de la eliminación	6	0,7
Trastornos disociativos	5	0,58
Diagnóstico o estado aplazado	5	0,58
Factores psicológicos que afecta a enfermedad médica	4	0,47
Trastornos relacionados con el alcohol	4	0,47
Otros trastornos de inicio en la infancia o adolescencia	3	0,35
Trastornos de tics	3	0,35
Trastornos relacionados con el cannabis	2	0,24
Trastornos relacionados con la cocaína	1	0,12
Retraso mental	1	0,12
Trastornos de la comunicación	1	0,12
Abuso del niño	1	0,12
TOTAL	856	100,00

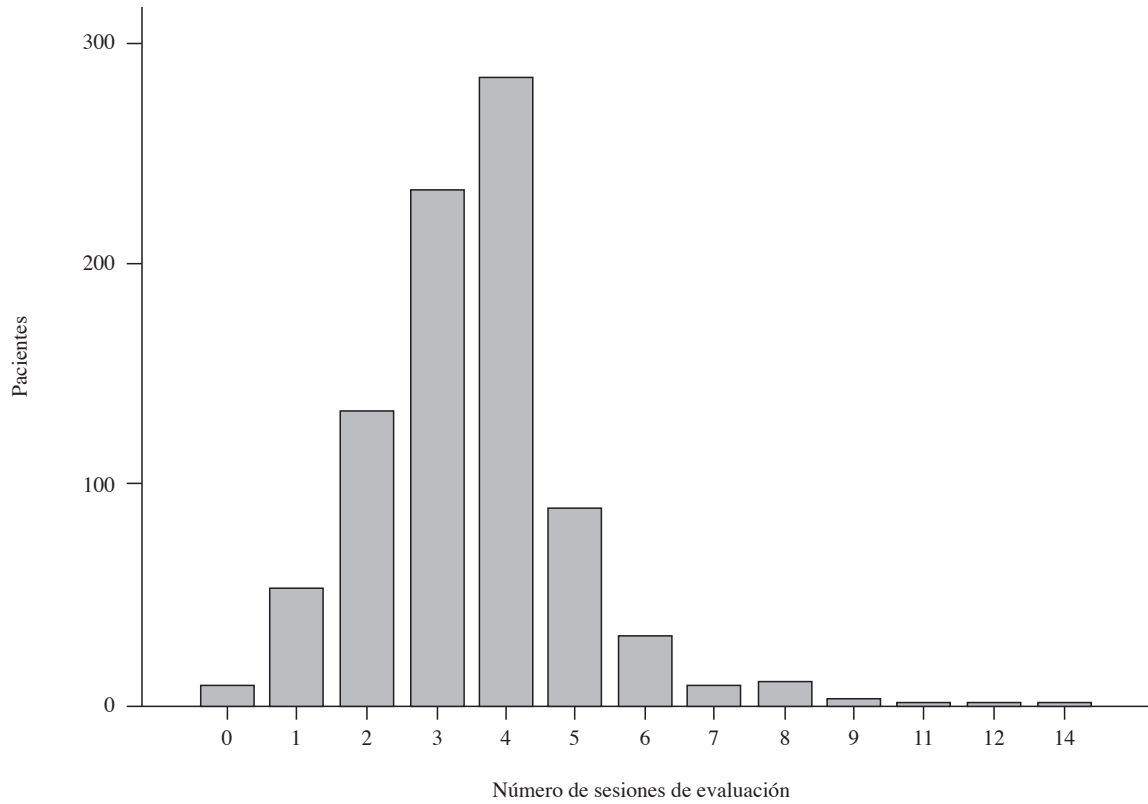


Figura 1. Sesiones de evaluación. Distribución de la muestra de pacientes por número de sesiones de evaluación

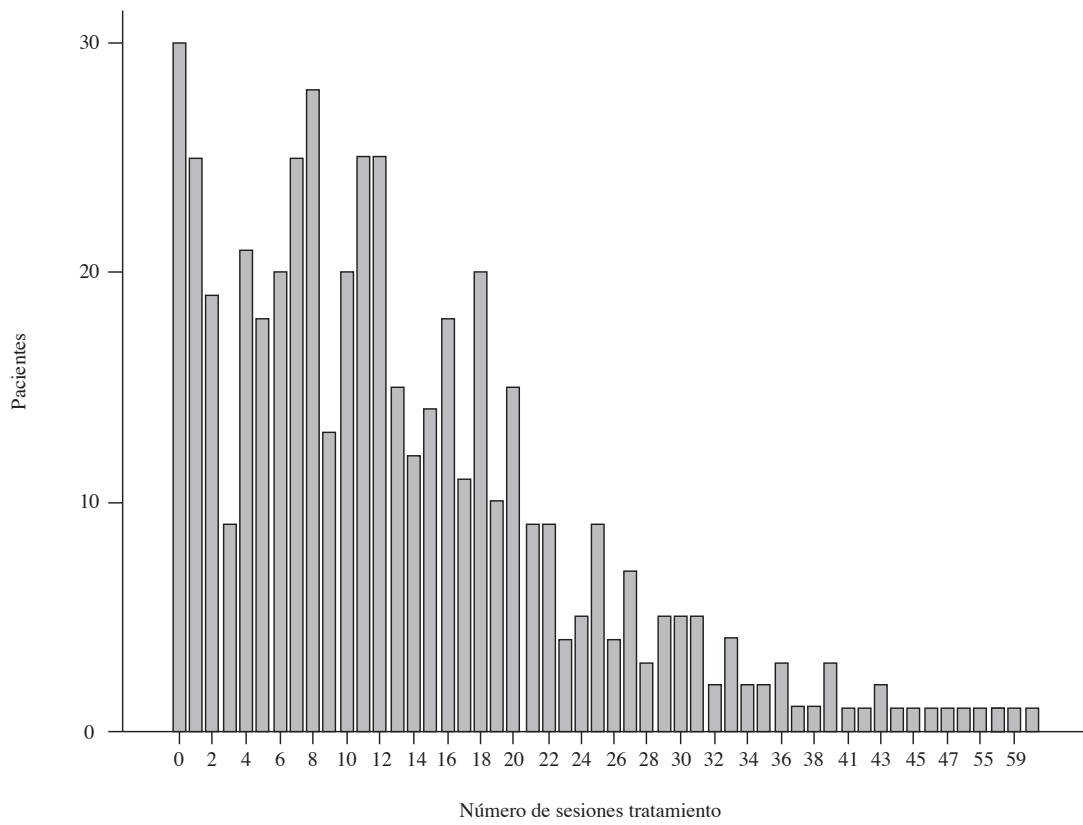


Figura 2. Sesiones de tratamiento. Distribución de la muestra por número de sesiones de tratamiento

Número de sesiones de tratamiento antes del abandono. El 24,3% (n= 208) de los pacientes abandonó el tratamiento antes de su término. El número de sesiones recibidas osciló entre 1 y 47, siendo la mediana 8 (media 9,71; desviación típica 7.75; rango 1-47). El 75,5% (n= 156) de los pacientes recibieron 13 sesiones de terapia o menos (fig. 3).

Número de sesiones de seguimiento. Se consideró solo a los pacientes que habían obtenido el alta (n= 449). La mediana de número de sesiones de seguimiento realizadas fue 1 (rango de 0-12); el 70,4% (n= 316) recibieron 1 sesión de seguimiento o ninguna (véase fig. 4).

Resultados del tratamiento. Se consideró solo a los pacientes que habían finalizado todo contacto con el centro, un 76,83% (n= 657). De ellos, un 68,34% (n= 449) habían finalizado el tratamiento como altas y un 31,66% (n= 208) como abandonos.

Discusión

Cabe destacar la importancia de disponer de datos sobre intervención psicológica de una amplia muestra de pacientes y terapeutas del ámbito asistencial para caracterizar la realidad de la psicología clínica profesional.

Pacientes

Al ser una clínica abierta a cualquier persona y problemática, los datos de pacientes y problemas probablemente representen la realidad de la demanda de asistencia psicológica, en especial fuera de la Seguridad Social. El paciente tipo sería una mujer de unos 30 años, soltera, empleada o estudiante, con al menos estudios secundarios. Destaca que 2/3 de los pacientes sean mujeres, datos

similares a los de otros trabajos (Vallejo et al., 2008; Valero y Ruiz 2003). Pueden sugerirse diversas explicaciones a este dato. Una, que las mujeres presenten más problemas psicológicos que los hombres, algo que reflejan los datos epidemiológicos sobre ansiedad y depresión, pero no es tan evidente en otros problemas. Otra, que los hombres sean más reacios a demandar ayuda psicológica. En cualquier caso la realidad es que demandan ayuda psicológica el doble de mujeres que de hombres. También destaca el elevado nivel educativo de los pacientes (el 50% tiene estudios universitarios). Aunque pueda pensarse que esto se deba a su ubicación y las facilidades dadas por la UCM, a su personal, quizá refleje mejor la demanda de asistencia privada, frente a la pública. Así, en el trabajo de Vallejo et al. (2008) también el 50% de los usuarios tenían estudios universitarios, frente a solo el 5,4% de la muestra de Valero y Ruiz (2003), recogida en un centro público de salud mental de Málaga. La baja edad media (30 años), así como el elevado porcentaje de solteros (67%), sin duda refleja la alta representación de estudiantes (45,85%).

Terapeutas

Las características sociodemográficas son similares a las señaladas por Santolaya et al. (2001), siendo el terapeuta tipo una mujer, de 27 años, con 7-8 años de formación, que aplica TEA, y atiende unos 23 casos con dedicación exclusiva. Destaca la homogeneidad en su formación (Master en Psicología Clínica) y el uso prioritario de TEA. Este especial compromiso con la aplicación de los TEA en el ámbito asistencial permite establecer si los TEA *eficaces* en el ámbito investigador son también *efectivos* en la práctica clínica asistencial. Por otro lado, limita las conclusiones del estudio solo a psicólogos con al menos esta cualificación y uso de TEA.

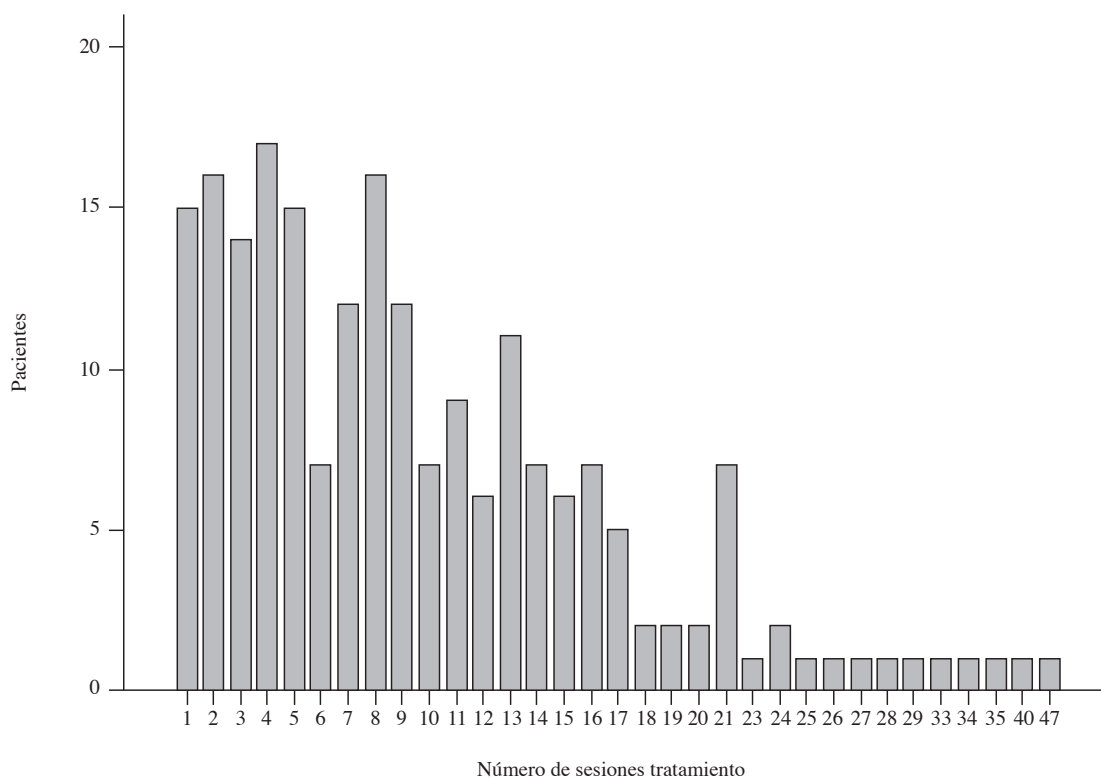


Figura 3. Sesiones antes de abandono. Distribución de la submuestra de abandonos por número de sesiones de tratamiento

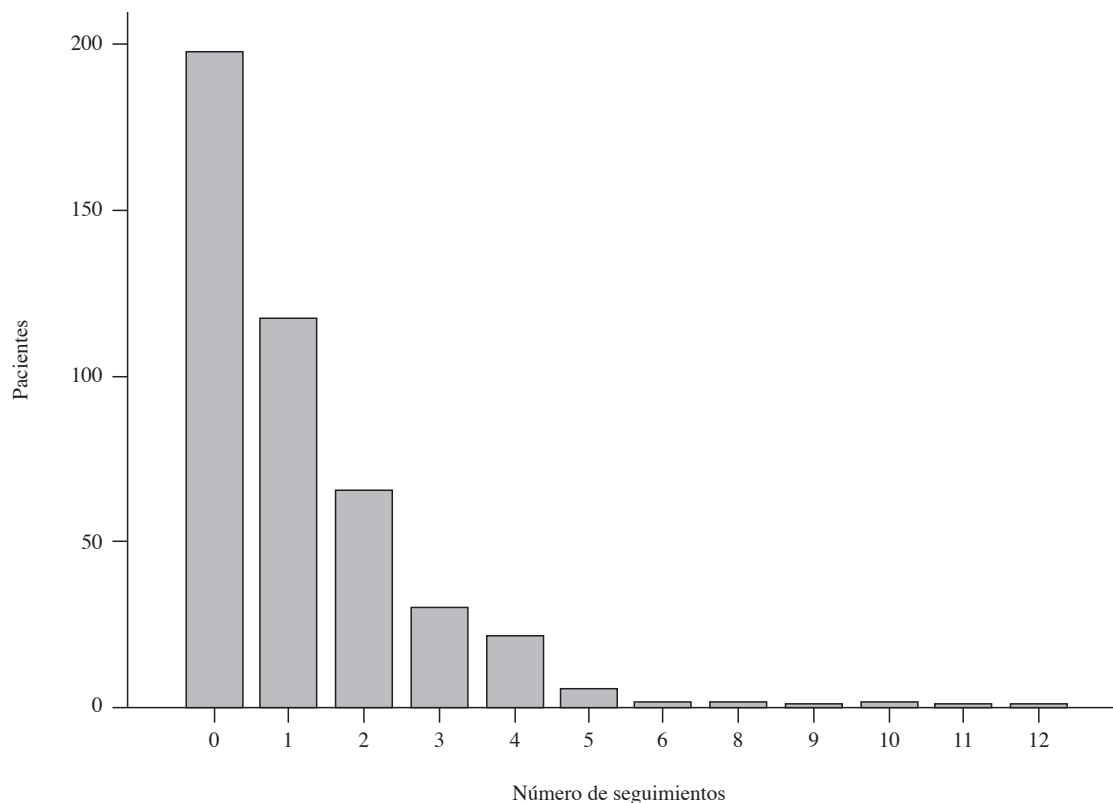


Figura 4. Seguimientos. Distribución de la muestra por número de sesiones de seguimiento

Problemas clínicos

Son muy escasos los problemas por los que se demanda asistencia psicológica. La mayoría de las demandas (51,16%) se restringen a tres categorías: Trastornos de ansiedad, Trastornos del estado de ánimo y Trastornos adaptativos. Si se añaden los Problemas de relación son el 60%. La demanda no parece diferente a la habida en centros de salud públicos, pues los datos de Valero y Ruiz (2003) señalan también que los problemas de ansiedad y estado de ánimo son los más frecuentes.

Merece destacarse el que se pide ayuda por muy pocos problemas de todos los que se supone que pueden ser campo de acción de los psicólogos. Parece que, al menos en España, no se asociara al psicólogo con este tipo de problemas (disfunciones sexuales, trastornos del sueño, consumo de sustancias y tabaquismo, juego patológico...), problemas con una alta incidencia según los estudios epidemiológicos. Quizá, peor aún, estos datos señalen que no se considere que los tratamientos psicológicos sean eficaces o estén indicados para estos problemas. Sin embargo, los estudios sobre eficacia y efectividad de éstos no dejan lugar a duda sobre su valía (Chambless y Ollendick, 2001). Estas consideraciones señalan la necesidad de informar y «publicitar» a la población general y a los responsables de los servicios de salud en especial, la disponibilidad de tratamientos psicológicos y su eficacia, efectividad y eficiencia en estos ámbitos, refrendados por un importante apoyo empírico (Fisher y O'Donahue, 2006; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Nathan y Gorman, 2007; Roth y Fonagy, 2005).

Por último, destaca que solo un 17,7% tiene más de un diagnóstico, dato que no apoya las consideraciones de que en la clínica

asistencial lo normal es la presencia de una elevada comorbilidad (Goldfried y Wolfe, 1996). Aunque la ausencia de más de un diagnóstico no quiere decir que el problema de una persona sea único o aislado, sin duda señala que los tratamientos que se han mostrado eficaces en la investigación, habitualmente en pacientes con diagnóstico de un solo trastorno, pueden ser generalizables con frecuencia a la práctica clínica asistencial.

Por último, la demanda de ayuda se hace tras largos períodos con el problema («desde siempre» o casi 4 años). ¿Por qué? Los datos de este trabajo no permiten una respuesta. Nuestra hipótesis es que quizá se espera, inicialmente, la desaparición del problema con el transcurrir del tiempo, pero tras constatar que no es así se busca ayuda profesional. En muchos casos (más del 50%) tras peregrinar, evidentemente sin éxito, por otros tratamientos, en especial farmacológicos. Alternativamente puede interpretarse este retraso en acudir al psicólogo como una muestra de desconfianza del usuario hacia estos tratamientos, en parte debida al escaso éxito de los tratamientos previos. Sea cual sea la razón, la realidad es que el lapso entre aparición del problema y la demanda de ayuda psicológica es grande y debería trabajarse para reducir éste y evitar así largos períodos de sufrimiento a los pacientes. También reflejan estos datos una especial gravedad de la muestra estudiada, tanto por la cronicación que supone una larga duración, como por provenir de tratamientos anteriores fracasados.

Variables terapéuticas

El promedio de unas 4 sesiones de *evaluación* (el 83%, 4 o menos) señala un problema importante para la práctica de la psicología

clínica, 4 sesiones suponen mucho tiempo antes de comenzar una intervención. Quizá la obligación de presentar un informe técnico completo para cada caso haya prolongado algo esta evaluación, pero se hace necesario una evaluación más breve para hacer más competitiva la labor del psicólogo clínico con respecto a otros profesionales. En los próximos años será decisivo desarrollar «protocolos o guías de evaluación» que ayuden a hacer más rápida, y también más precisa, la evaluación. Como ejemplo se puede señalar el protocolo de evaluación para víctimas de violencia doméstica de Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco (2004) en dos sesiones.

El porcentaje de *bajas* (20% del total), quizás algo elevado, puede estar provocado en parte por los tiempos de lista de espera (2-3 meses). También refleja que la atención psicológica no se considera algo muy urgente, la mayoría de los pacientes sufrió esta demora. Probablemente algunos problemas o personas no admitan esta demora y hayan buscado otros recursos. Hasta la fecha no existen o son escasos los servicios de «atención psicológica de urgencia», remitiéndose a «servicios de urgencias psiquiátricas». Los psicólogos deberemos desarrollar estos servicios de urgencias.

También son elevados los porcentajes de *abandonos* (19,47% del total). Cierto que en algunos casos se deben a causas forzadas, como cambios de residencia, pero en otros al descontento con el tratamiento o considerar que ya se logró un cambio suficiente. Si duda es un aspecto a mejorar, pues el mejor tratamiento no resulta eficaz si se abandona. Identificar las variables responsables de estos abandonos excede los objetivos del trabajo, pero será un estudio importante para la práctica de la psicología clínica.

El dato más relevante son los resultados terapéuticos. De los pacientes que finalizaron el tratamiento destaca que más de dos tercios son *altas* (68,34%). Este porcentaje se obtiene aunque los terapeutas no tienen una larga experiencia práctica (media de 3-4 años), y aunque el 50% de los pacientes venía de un tratamiento fracasado. Estos datos resaltan la eficacia de los tratamientos utilizados, el uso de TEA en la práctica asistencial de la Psicología Clínica. Los psicólogos disponemos de tratamientos eficaces que pueden dominarse con un período de formación, aunque intensa, no muy largo (2-3 años).

Además estos resultados tan positivos se consiguen con un número de sesiones de tratamiento relativamente reducido, pues el 75% de los pacientes han recibido 18 sesiones o menos, habitualmente una por semana. Se constata empíricamente que el tratamiento psicológico no es un tratamiento sin fin. Ciertamente hay mucha variación en la duración en función de los diagnósticos y otras variables (comorbilidad, apoyo social...), pero el promedio de 14 sesiones de tratamiento para el alta supone a 48 € por sesión (precios de 2009), que el coste total del tratamiento no llega a los 700 €; consiguiéndose un 68% de éxitos terapéuticos. Sería conveniente comparar la eficiencia de estos tratamientos con los farmacológicos. Sin duda la variable más importante será calidad de vida de los pacientes y/o el alivio de síntomas, pero incluso los

costos de los tratamientos psicológicos son muy competitivos o claramente inferiores. En poco más de tres meses la mayoría puede obtener un cambio sustancial en sus problemas y en su calidad de vida. Ofertar estos datos a las autoridades sanitarias, así como a los usuarios como para los profesionales de la psicología, es fundamental. Sirva de ejemplo el Reino Unido, que, considerando la mayor eficiencia de los tratamientos psicológicos, ha incorporado un número importante de psicólogos clínicos al servicio nacional de salud.

Por último, aunque hay que seguir trabajando en la reducción de este número de sesiones, los promedios son aceptables, tanto por instituciones públicas como por compañías de seguros privadas.

Con respecto a los *seguimientos*, en general son escasos: la mayoría (70,4%) tuvo una o ninguna sesión de seguimiento. En muchos casos son los propios pacientes los que deciden que no es necesario este tipo de sesiones, pero su importancia para consolidar ganancias o prevenir recaídas hace importante hacérselo ver así al paciente.

Aunque es difícil comparar los resultados terapéuticos del presente estudio con los de estudios previos, dadas las diferencias habituales en los criterios para definir bajas, abandonos o alta terapéutica, y dadas las diferencias en el perfil de los pacientes, cabría estimar, sin embargo, que los resultados encontrados en la CUP son comparables o incluso mejores a los que se encuentran en los pocos estudios realizados al respecto en España (Bados, Balaguer y Saldaña, 2007a y 2007b; Fernández, Larre y Rodríguez, 1996). Por ejemplo, el porcentaje de bajas (abandonos antes o durante la evaluación) y abandonos (abandonos durante el tratamiento) en el presente estudio fue del 34,9%, porcentaje que se sitúa entre los valores inferiores que se encuentran en la práctica clínica habitual, pública o privada, y que oscilan entre el 35 y el 55% según Bados et al. (2007b), tras revisar la literatura científica al respecto.

Es muy importante publicitar estos resultados: *los psicólogos clínicos hacemos las cosas bien y las hacemos con rapidez y eficacia*. No obstante esta afirmación debe matizarse, señalando que solo es generalizable a psicólogos clínicos formados en un Master de Psicología Clínica, con supervisión directa de su actuación psicoterapéutica y que apliquen los TEA.

Por último, probablemente las características especiales de la CUP limitan la generalización de estos resultados, pero toda clínica tendrá características especiales y diferenciadoras. Por eso se considera tan importante que desde otros tipos de Clínica Psicológica se presenten los resultados obtenidos a fin de seguir en esta labor de caracterización y mejora de la atención psicológica en el ámbito asistencial.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado con el proyecto PSI2009-13100 del Ministerio de Educación y Ciencia.

Referencias

American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA.
 American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., revised)*. Washington, DC: APA.

Bados, A., Balaguer, G., y Saldaña, C. (2007b). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592.

- Berenguer, G., y Quintanilla, I. (1994). La imagen de la Psicología y los Psicólogos en el Estado español. *Papeles del Psicólogo*, 58, 41-68.
- Bides, A., Beleaguer, G., y Sultana, C. (2007a). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435.
- Buela-Casal, G., Teva, I., Sierra, J.C., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M.P., y Gil, J. (2005). Imagen de la Psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo*, 26(91), 1-38.
- Chambless, D.L., y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Consumer Reports* (1995, Noviembre). Mental health: Does therapy help? pp. 734-739.
- Fernández, E., Larre, M.C., y Rodríguez, A.J. (1996). Sobre el abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(58), 213-234.
- Fisher, J.E., y O'Donohue, W.T. (2006). *Practitioner's guide to evidence based psychotherapy*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- 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.
- Goldfried, M.R., y Wolfe, B.E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51(10), 1007-1016.
- 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.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J., Rincón, P., De Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Lincoln, T., Winfried, R., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schoreder, B., y Friegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for Social Phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Nathan, P.E., y Gorman, J.M. (2007). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- 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?* New York: Guilford.
- Santolaya, F., Berdullas, M., y Fernández, J.R. (2001). The decade 1989-1998 in Spanish psychology: An analysis of development of professional psychology in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 4(2), 237-252.
- Seligman, M.E. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist*, 51(10), 1072-1079.
- 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.
- 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.
- 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., 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 online. *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.
- Woody, S.R., Weisz, J., y Mclean, C. (2005). Empirically supported treatments: 10 years later. *The Clinical Psychologists*, 58(4), 5-11.