



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

Ballesteros, Francisco; Fernández, Paola; Labrador, Francisco Javier
Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados
Anales de Psicología, vol. 29, núm. 1, enero, 2013, pp. 94-102
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados

Francisco Ballesteros¹, Paola Fernández² y Francisco Javier Labrador^{3*}

¹ Clínica de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Grupo 5 Gestión y Rehabilitación Psicosocial (España)

² Línea de Rehabilitación Psicosocial, Hermanas Hospitalarias (España)

³ Departamento de Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen: El objetivo del estudio es identificar qué variables pueden relacionarse con una mayor duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. Se analizaron los datos de 122 pacientes de la Unidad de Psicología Clínica del Master de Psicología Clínica y de la Salud, divididos en tres grupos en función del número de sesiones de tratamiento recibidas: grupo 1º, 20 o menos; grupo 2º, entre 21 y 34; grupo 3º, 35 o más. Factores como edad, sexo, tipo de diagnóstico, diagnósticos en eje III y IV (DSM-IV-TR) o número de objetivos terapéuticos no señalaban diferencias significativas. Los factores que mejor explicaban la mayor duración del tratamiento eran: a) el número de técnicas aplicadas (9.7 en grupo 1º; 12.68 en grupo 2º y 14.65 en grupo 3º); b) la presencia de comorbilidad (el 69% de los casos con comorbilidad estaban en el grupo 3º, frente al 7.7% en el grupo 1º). Se discuten los resultados y se proponen líneas de actuación y/o reflexión.

Palabras clave: Duración del tratamiento; comorbilidad; diagnósticos; número técnicas.

Title: Factors that influence the prolongation of empirically supported psychological treatments.

Abstract: The purpose of this study was to find out what factors can explain a longer treatment length. The results of treatments developed with 122 patients at the Clinic of Psychology of the Master of Clinical and Health Psychology were analyzed. The patients were divided into three groups, according to the number of treatment sessions received: Group 1 (20 or less); Group 2 (21-34), and Group 3 (35 or more). Factors such as age, sex, type of diagnosis, diagnostic in axis III and IV (DSM-IV-TR) or number of therapeutic targets do not identified significant differences. The factors that explained the longer treatment length were: a) the number of applied techniques (9.7 in Group 1; 12.68 in Group 2 and 14.65 in Group 3); b) the presence of co-morbidity (69% of patients with co-morbidity were in the Group 3, versus 7.7% in the Group 1). Results are discussed and some intervention/reflection lines are proposed.

Keywords: Treatment length; comorbidity; diagnostics; amount of techniques.

Introducción

Un reto actual de la Psicología Clínica es ofrecer a los usuarios de sus servicios tratamientos que promuevan su pronta recuperación, es decir, eficaces, específicos a la demanda y breves. Los resultados de la investigación avalan una elevada eficacia de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TEA) (Chambless y Ollendick, 2001; Pérez, Fernández, Amigo y Fernández, 2003), que suelen ser breves y centrados en las características específicas del problema. Sin embargo cuando estos TEA se trasladan a la práctica profesional habitual, hay la sospecha de que su duración es bastante mayor y su eficacia menor. Parece existir una cierta disonancia entre los resultados de los tratamientos en el ámbito de la investigación y en la práctica asistencial cotidiana, entre su eficacia y su efectividad. Así, Chambless y Ollendick (2001) comparando estudios de eficacia y efectividad en trastornos de ansiedad señalan que: *"en los estudios de efectividad desciende la validez interna [...] y los pacientes no mejoran tanto como en los estudios de eficacia"*. En el trabajo de Bados, García y Fusté (2002), se sugiere que los pacientes de los estudios de efectividad mejoran menos que los de eficacia. Entre las razones aludidas destacan que los pacientes en los estudios de efectividad: 1) suelen presentar comorbilidad ó 2) tienen un nivel socioeconómico más bajo.

Ciertamente hay diferencias importantes entre las intervenciones del psicólogo en el ámbito de la investigación y en la práctica profesional (Labrador, Estupiñá y García-Vera, 2010; Weisz, Donenberg, Han y Weiss, 1995), que pueden

dificultar la generalización de los resultados de los primeros al ámbito aplicado. En el plano de la investigación el tratamiento está bien definido, es altamente estructurado y tiene una duración prefijada, habitualmente breve, y las intervenciones se aplican de forma estándar sin adaptarlas a las características de los pacientes o sin corregirlas en función de la evolución del caso. Por el contrario, en la práctica asistencial la intervención se va modulando en función de la evolución y necesidades del caso, lo que dificulta la completa ejecución de un plan previamente estructurado. Además, en el ámbito de la investigación los terapeutas suelen estar específicamente entrenados en el tratamiento a aplicar y reciben supervisión al respecto, algo poco habitual en la práctica profesional (Bados y García, 2008; Seligman, 1995).

Disponer de intervenciones efectivas y breves en la práctica profesional es una necesidad imperiosa para la Psicología Clínica debido en gran parte a la presión asistencial (Labrador, Fernández y Ballesteros, 2011). Por eso es importante investigar si es cierto que al llevar a la práctica profesional los tratamientos, éstos reducen su nivel de eficacia y, no menos importante, si se alargan y por qué.

Al revisar la literatura científica se constata que la información precisa al respecto es escasa, pues la mayor parte de los estudios en los que se ha considerado la duración de los tratamientos, o bien hacen referencia a intervenciones en el ámbito de la investigación, o bien se centran en el análisis de un solo problema (Bados, 2009; Craske y Barlow, 2007; Labrador y Alonso, 2007).

En el campo de la investigación pueden citarse un número importante de trabajos, en especial los que se refieren a protocolos de actuación en diferentes tipos de problemas, que señalan intervenciones habitualmente breves. Entre éstos cabe mencionar el programa de una a cinco sesiones

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

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 postraumático 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). Igualmente, en el 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.

Por otro lado, en reiteradas ocasiones se ha insistido en la importancia de conseguir mejorías en las primeras sesiones, señalando que conforme se prolongan los tratamientos las mejorías se van reduciendo (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen, y Nielsen, 2009; Barkham et al., 2006; Kopta, 2003; Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004). También Reynolds et al. (1996) y Barkham et al. (2006) encuentran que variables como la imposición de un tiempo de duración límite de la terapia influyen en una mayor reducción de síntomas.

Sin embargo son escasos los trabajos que abordan la actuación psicológica y sus resultados en contextos asistenciales (efectividad) (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 entre los pacientes en la práctica asistencial y en los ensayos de investigación (Labrador, Bernaldo de Quirós y Estupiñá, 2011; Nathan, Stuart y Dolan, 2000; Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph y Rothman, 2005).

Más escasos aún son los trabajos sobre la duración de los tratamientos o el número de sesiones en el ámbito asistencial. Hay datos anecdóticos sobre casos clínicos concretos, pero muy pocos provienen de estudios sistemáticos al respecto. 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. También Lin (1998) señala rangos de sesiones que llegan hasta las 38 en tratamientos recibidos en la práctica profesional. Los intentos de explicar el porqué de este alargamiento son variados, centrándose bien en factores sociodemográficos bien en factores clínicos. Se consideran brevemente los principales:

a) *Factores sociodemográficos*. Los resultados son discrepantes: Barnow, Linden y Schaub (1997) señalan que ser mujer, mayor de 46 años y estar viuda o divorciada se relacionan con una prolongación de la hospitalización en el tratamiento de la depresión. Por el contrario, Estupiñá et al. (2008), consideran, también en trastornos depresivos,

que ni la edad ni el estado civil son relevantes para la prolongación del tratamiento. Asimismo Koss (1980), indica que variables como sexo, ocupación, estado civil, edad, educación y cociente intelectual no influían en un mayor número de sesiones.

b) *Grupos diagnósticos*: se espera una mayor duración del tratamiento en determinados tipos de diagnósticos como la esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias o trastornos de la conducta alimentaria. Se considera que en los pacientes con estos diagnósticos el tratamiento no sólo debe dirigirse a modificar las conductas específicas de un problema, sino a una reorganización más general de la vida de la persona. Este mayor número o amplitud de objetivos implicaría lógicamente mayor número de sesiones de intervención. En esta dirección apuntan las opiniones de Vallina y Lemos (2001), al revisar los tratamientos para la esquizofrenia; Secades y Fernández (2001), con respecto a trastornos por abuso de sustancias; o Saldaña (2001) en pacientes con anorexia.

c) *Comorbilidad*: se considera que al presentar el paciente más de un problema se requerirá una intervención más larga. Además se asume que ésta es una de las diferencias más importantes entre los estudios de eficacia y efectividad. En las investigaciones sobre eficacia no se consideran pacientes con trastornos comórbidos. Sin embargo, se supone que esto es muy habitual en la práctica clínica profesional, aunque en el trabajo de Labrador et al. (2010), sobre una amplia muestra asistencial, el porcentaje de casos con comorbilidad era inferior al 18%. Algunos trabajos confirman esta prolongación del tratamiento relacionada con la comorbilidad. Así O'Connor y Stewart (2010) indican que la presencia de comorbilidad lleva a peores resultados en el tratamiento de los trastornos de consumo de sustancias; Morrison, Bradley y Westen (2003) cuando concurren ansiedad y depresión; Estupiñá et al. (2008) y Deveney y Otto (2010), en los casos en los que la depresión aparece con un trastorno comórbido, con frecuencia ansiedad. También en esta dirección Quiroga y Errasti (2001), señalan que los pacientes que reciben un tratamiento para un trastorno del Eje I (ansiedad, depresión, consumo de drogas, etc.), si presentan comorbilidad con algún trastorno del Eje II, suelen obtener peores resultados terapéuticos y se incrementa sustancialmente la duración del tratamiento.

d) *Tratamientos previos*: Se considera que haber recibido un tratamiento anterior será un claro predictor de que la terapia se alargará (Lin, 1998; Muñiz, 2004), aunque Koss (1979), no encontró esta relación.

e) *Severidad de los síntomas*: Parece lógico esperar que cuanto más graves sean los síntomas más largo será el tratamiento, sin embargo, los resultados son discrepantes. Barnow et al. (1997) encuentran relación entre la severidad de los síntomas y prolongación del tratamiento. Pero Korobkin, Herron y Ramírez (1998) o Estupiñá et al., (2008) no han encontrado esta relación.

- f) *Número de objetivos terapéuticos y técnicas utilizadas*: También parece lógico que cuantas más técnicas haya que utilizar más se prolongue el tratamiento. Apenas se han encontrado trabajos al respecto, salvo los desarrollados por nuestro propio grupo, sobre muestras distintas de pacientes (Labrador et al., 2010; Labrador et al., 2011). En ambos, el número de técnicas utilizadas aparece como la variable más relevante para explicar la prolongación del tratamiento. También aparece como relevante el número de objetivos, pero sólo al comparar los grupos extremos con respecto al número de sesiones.

Así pues, escasos estudios al respecto, la mayoría centrados en un trastorno concreto, y con resultados con frecuencia dispares, dificultan precisar por qué se prolongan los tratamientos empíricamente apoyados (TEA) a la hora de su aplicación en el ámbito asistencial (Psicología Clínica Basada en la Evidencia, PCBE). Este es el objetivo del presente estudio: identificar en un grupo de pacientes con diferentes diagnósticos, qué factores pueden facilitar o estar asociados a la prolongación de los tratamientos en la práctica profesional asistencial. En concreto, se analizarán los datos sobre duración de los tratamientos psicológicos en la Unidad de Psicología Clínica (UPC) del Master de Psicología Clínica y de la Salud (MPCS) de la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Método

Participantes

Descripción del centro

La UPC del MPCS 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 citado, en especial el entrenamiento de los profesionales de la psicología. La UPC es un centro abierto al público en general, y la atención psicológica dispensada es gratuita. Se acepta a todo tipo de pacientes, a demanda de los mismos, siendo el único criterio de exclusión que precisen hospitalización. El tiempo medio de lista de espera oscila entre 1 y 3 meses. 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.

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. Para cada caso se establece un equipo de dos terapeutas (psicólogo de 2º año de Master –terapeuta principal- y psicólogo de 1º año de Master –terapeuta asistente-). Todos los terapeutas son licenciados en

Psicología, el 80% son mujeres, las edades suelen oscilar entre los 23 y los 27 años, tienen una formación cognitivo – conductual, y al menos uno de ellos tiene ya un año de experiencia asistencial en Psicología Clínica bajo supervisión y un año de formación en el citado Master. Los terapeutas utilizan los TEA de referencia para cada uno de los problemas adaptándolos a cada paciente (PCBE) y sus actuaciones, en cada uno de los casos son supervisadas de manera continua (una vez cada 10-15 días) por los tutores del Master, expertos de reconocido prestigio, todos ellos Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica. En el presente estudio, se incluyen a los terapeutas que han trabajado en la UPC, desde 2003 a 2006.

Pacientes

Se incluyen a los pacientes, atendidos entre los años 2003 y 2006, que hayan finalizado su tratamiento por cumplimiento de objetivos (*altas*), así como los que se encuentran en tratamiento por encima de las 34 sesiones o hayan sido dados de baja (salida del tratamiento sin cumplimiento de objetivos terapéuticos), una vez recibidas 35 o más sesiones. No se incluyen los pacientes aún en tratamiento o dados de *baja*, en ambos casos con menos de 35 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, y una edad media próxima a 32 años. Los diagnósticos más frecuentes de la muestra son trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno adaptativo, trastorno obsesivo compulsivo, fobia específica, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.

Diseño

El diseño empleado es un diseño retrospectivo de tres grupos independientes designados a posteriori. La asignación de los pacientes a los grupos se realizó atendiendo a la duración del tratamiento medida según el número de sesiones recibidas:

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).

Las denominaciones, *corta, media o larga duración*, se utilizan para diferenciar fácilmente los tres grupos en este trabajo, no implica comparaciones con las duraciones en otros trabajos.

En los grupos 1 y 2 sólo se incluyeron pacientes cuyo tratamiento había finalizado por cumplimiento de objetivos terapéuticos (*altas*). En el grupo 3, 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 ya habían superado las 34 sesiones.

Variables

Variables Predictorias o de selección:

a) Variables sociodemográficas:

- edad
- sexo

b) Variables clínicas:

- diagnóstico principal, según DSM-IV-TR (7 categorías)
- existencia de un segundo diagnóstico (en el eje I o en el II)
- existencia de diagnóstico en ejes III y/o IV
- número de objetivos terapéuticos establecidos tras la evaluación
- número de técnicas terapéuticas aplicadas durante el tratamiento.

Variable Criterio: Número de sesiones. Se agrupa en tres categorías:

a) 20 o menos sesiones (*corta duración*)

b) 21-34 sesiones (*media duración*)

c) 35 o más sesiones (*larga duración*)

Procedimiento

Los participantes del estudio, usuarios de la UPC, recibieron tratamiento psicológico específico (PCBE) en respuesta a la demanda que hacían. Tras un contacto directo o telefónico para demandar asistencia, se deriva cada caso a uno de los tutores del citado Master que lo asignaba a una pareja de terapeutas. Para llevar a cabo el diagnóstico de los diferentes trastornos se utilizaron; entrevista semiestructurada (guía de entrevista clínica para adultos, Muñoz, 2003), auto-registros realizados *ad hoc*, dependiendo de los síntomas y dificultades detectadas, así como cuestionarios y autoinformes recomendados por la literatura para cada uno de los trastornos, por ejemplo el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (adaptado al español por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003) para los problemas del estado de ánimo o la Escala de gravedad de síntomas (EGS-TEPT, Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Además, este periodo de evaluación era supervisado constantemente por el tutor de referencia.

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. A

partir de este informe se estableció el número de técnicas utilizadas y el de objetivos alcanzados.

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). Para el análisis de los resultados se ha empleado el programa estadístico SPSS 15.0. Se realiza un análisis de *regresión lineal* para valorar si las variables *sexo*, *edad*, *presencia de segundo diagnóstico*, *objetivos alcanzados*, *número de técnicas*, *presencia de problemas en el Eje III y/o IV* son predictorias de una mayor duración de la terapia. Asimismo, se emplea la *regresión lineal* para determinar si la presencia de alguno de los diagnósticos predice una prolongación en las terapias. Para analizar las diferencias inter-grupos en las variables de interés se realiza un ANOVA unidireccional no relacionado. Como pruebas complementarias para determinar entre qué grupos existen las diferencias, se realizan para las variables no cuantitativas la prueba de *Chi-cuadrado* (χ^2), y para las cuantitativas *t de Student* para muestras independientes.

A continuación se presenta los resultados derivados del ANOVA donde se examinan las diferencias entre las diversas medias (ver Tabla 1).

Se observa en los resultados del ANOVA la presencia de diferencias significativas entre las medias de los tres grupos en las variables *presencia de segundo diagnóstico* y *número de técnicas*.

La distribución de sujetos en cada una de las categorías, y las variables sociodemográficas aparecen en la Tabla 2.

Las diferencias en la prolongación del tratamiento en función del sexo no son significativas ($\chi^2 = .288$; nivel significación, ns - .87), ni en función de la edad ($F = 2.078$; ns .13).

A continuación se analizan la distribución de los 7 grupos diagnósticos más frecuentes de la muestra en cada uno de los tres grupos (ver Tabla 3).

Las diferencias en la prolongación del tratamiento en función del grupo diagnóstico son significativas: $\chi^2 = 17.648$; gl 8; ns .024.

Diagnóstico TEPT: $\chi^2 = 6.403$; gl 2; ns .041

Diferencias grupo 1 versus 3: $\chi^2 = 4.833$, ns .028;

Diferencias grupo 1 versus 2 y 2 versus 3 no significativas.

Diagnóstico Distimia: $\chi^2 = 7.331$; gl 2; ns .026

Diferencias grupo 1 versus 2 (no hay casos)

Diferencias grupo 1 versus 3: $\chi^2 = 3.818$, ns .051

Diferencias grupo 2 versus 3: $\chi^2 = 3.632$, ns .057

A continuación se muestra el número y porcentaje de personas con segundo diagnóstico en cada categoría, así como la distribución total de personas con segundo diagnóstico, en función de la categoría (ver Tabla 4).

Las diferencias en la duración del tratamiento en función de la presencia de un segundo diagnóstico son significativas: ($\chi^2 = 17.114$; ns .001; Grupo 1 versus 2: $\chi^2 = 2.465$; ns .116; Grupo 1 versus 3: $\chi^2 = 14.893$, ns .001; Grupo 2 versus 3: $\chi^2 = 6.215$, ns .013)

A continuación se presenta la distribución de personas con diagnóstico en el Eje III y/o IV, en función de los grupos (ver Tabla 5).

Tabla 1. Tabla de resultados del ANOVA.

		SC	gl	MC	F	Sig.
Sexo	Inter grupo	.062	2	.031	.141	.869
	Intra grupo	26.102	119	.219		
	Total	26.164	121			
Edad	Inter grupo	756.409	2	378.204	2.078	.130
	Intra grupo	21476.285	118	182.002		
	Total	22232.694	120			
Presencia de segundo diagnóstico	Inter grupo	2.870	2	1.435	9.709	.000***
	Intra grupo	17.589	119	.148		
	Total	20.459	121			
Objetivos alcanzados	Inter grupo	126.548	2	63.274	2.907	.059
	Intra grupo	2154.913	99	21.767		
	Total	2281.461	101			
Número de técnicas	Inter grupo	404.491	2	202.246	8.099	.001***
	Intra grupo	2472.264	99	24.972		
	Total	2876.755	101			
Presencia de problemas en el Eje III	Inter grupo	.418	2	.209	1.051	.353
	Intra grupo	23.656	119	.199		
	Total	24.074	121			
Presencia de problemas en el Eje IV	Inter grupo	.163	2	.082	.331	.719
	Intra grupo	29.345	119	.247		
	Total	29.508	121			
Presencia de problemas en el Eje III y IV	Inter grupo	.395	2	.197	1.082	.342
	Intra grupo	21.712	119	.182		
	Total	22.107	121			

***p<.001

Tabla 2. Número de pacientes, edad y sexo por grupos.

Grupos	Número de pacientes	% de la muestra	Edad Media	Hombres	Mujeres
Grupo 1º (≤ 20 sesiones)	40	32.79%	32.10	30%	70%
Grupo 2º (21- 34 sesiones)	38	31.15%	28.95	28.95 %	71.05%
Grupo 3º (≥ 35 sesiones)	44	36.06%	35.07	34.09%	65.91%
TOTAL	122	100%	32.17	31.15%	68.85%

Tabla 3. Distribución de los casos en los diagnósticos más frecuentes, número () y porcentajes, entre los tres grupos.

Grupos	Trastorno Depresivo Mayor	Trastorno Adaptativo	Trastorno de estrés postraumático	Trastorno Obsesivo Compulsivo	Distimia	Fobia específica	Trastorno de Ansiedad Generalizada
Grupo 1º (≤ 20 sesiones)	(6) 54.55%	(3) 25%	(0) 0%	(1) 20%	(0) 0%	(3) 75%	(2) 50%
Grupo 2º (21- 34 sesiones)	(3) 27.27%	(5) 41.66%	(1) 16.67%	(3) 60%	(0) 0%	(0) 0%	(1) 25%
Grupo 3º (≥ 35 sesiones)	(2) 18.18%	(4) 33.33%	(5) 83.33%	(1) 20%	(4) 100%	(1) 25%	(1) 25%
TOTAL	(11) 100%	(12) 100%	(6) 100%	(5) 100%	(4) 100%	(4) 100%	(4) 100%

Tabla 4. Pacientes con segundo diagnóstico según grupos, número () y porcentaje.

Grupos	Número () y porcentaje de pacientes con 2º diagnóstico en cada grupo	Número () y porcentaje del total de pacientes con 2º diagnóstico en cada grupo
Grupo 1º (≤ 20 sesiones)	(2/40) 5%	(2) 7.69%
Grupo 2º (21- 34 sesiones)	(6/38) 15.79%	(6) 23.08%
Grupo 3º (≥ 35 sesiones)	(18/44) 40.91%	(18) 69.23%
TOTAL	TOTAL: 26/122 (21.31%)	TOTAL: 26 (100%)

Tabla 5. Pacientes con diagnóstico en ejes III y IV (DSM-IV-TR) según grupos, número () y porcentaje.

Grupos	Número () y porcentaje con diagnóstico en el Eje III	Número () y porcentaje con diagnóstico en el Eje IV	Número () y porcentaje con diagnóstico en el Eje III y IV
Grupo 1º (≤ 20 sesiones)	(12) 36.37%	(22) 30.55%	(10) 34.48%
Grupo 2º (21- 34 sesiones)	(7) 21.21%	(22) 30.55%	(6) 20.69%
Grupo 3º (≥ 35 sesiones)	(14) 42.42%	(28) 38.89%	(13) 44.83%
TOTAL	(33) 100%	(72) 100%	(29) 100%

No aparecen diferencias significativas en la duración del tratamiento en función de la presencia de diagnóstico en ejes III y/o IV (Eje III; $\chi^2 = 2.117$; ns .347; Eje IV: .675, ns .714; Eje III y IV: $\chi^2 = 2.179$; ns .336)

A continuación se presenta el número medio de objetivos y de técnicas en cada grupo. Los rangos oscilaron entre 40 y 2 para los objetivos, y entre 37 y 1 para las técnicas (ver Tabla 6), así como el cálculo de la *t de student* de las diferencias de medias entre los grupos en relación al número de técnicas (ver Tabla 7) y número de objetivos (Tabla 8). Como puede constatarse aparecen diferencias significativas en

ambos casos, el grupo 1º presenta un número menor tanto de técnicas como de objetivos que los grupos 2º y 3º, grupos que no se diferencian entre sí.

Tabla 6. Número de objetivos y número de técnicas por grupo.

Grupos	Promedio objetivos	Promedio de técnicas
Grupo 1º (≤ 20 sesiones)	6.67	9.71
Grupo 2º (21- 34 sesiones)	9.30	12.68
Grupo 3º (≥ 35 sesiones)	8.52	14.65

Tabla 7. Cálculo de las diferencias de media en el número de técnicas entre los grupos con la prueba *t*.

Tabla 7. Cálculo de las diferencias de media en el número de técnicas entre los grupos con la prueba 1.									
		N	M y (DT)	Diferencia medias	gl	t	IC 95%		Sig.
							Inferior	Superior	
Grupo 1 Grupo 2	34	9.71 (4.66)	-2.970	69	-2.367	-5.48	-.46	.021*	
	37	12.68 (5.80)							
Grupo 1 Grupo 3	34	9.71 (4.66)	-4.94	63	-4.44	-7.16	-2.72	.001***	
	31	14.65 (4.27)							
Grupo 2 Grupo 3	37	12.68 (5.80)	-1.97	66	-1.568	-4.48	.54	.122	
	31	14.65 (4.27)							

* $p < .05$; *** $p < .001$

Tabla 8. Cálculo de las diferencias de media en el número de objetivos entre los grupos con la prueba *t*.

Tabla 6. Cálculo de las diferencias de media en el número de objetivos entre los grupos con la prueba 1.								
	N	M y (DT)	Diferencia medias	gl	t	IC 95%		Sig.
						Inferior	Superior	
Grupo 1 Grupo 2	34	6.68 (2.65)	-2.61	69	-2.23	-4.97	-.276	.029*
	37	9.30 (6.37)						
Grupo 1 Grupo 3	34	6.68 (2.63)	-1.84	63	-2.23	-3.49	-.19	.029*
	31	8.52 (3.94)						
Grupo 2 Grupo 3	37	9.30 (6.37)	.781	66	.594	-1.85	3.41	.55
	31	8.52 (3.94)						

* $p < .05$

A continuación se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, donde se constata que las variables número de técnicas y presencias de segundo diagnóstico tienen un valor predictor estadísticamente significativo (ver Tabla 9).

Tabla 9. Resultados del análisis de regresión lineal general.

	β	ΔR^2	p
Sexo	-.067	.001	.682
Edad	.006	.009	.306
Presencia de segundo diagnóstico	.740	.134	.001***
Objetivos alcanzados	.027	.026	.108
Nº de técnicas	.056	.139	.001***
Presencia de problemas en eje III	.038	.000	.823
Presencia de problemas en eje IV	.123	.005	.423
Presencia de problemas en eje III y IV	.093	.002	.603

*** $p < .001$

A continuación se presentan los resultados del análisis de regresión lineal aplicado a los diferentes diagnósticos con los que se trabaja, los cuales reflejan que la variable categoría diagnósticas principales TEPT y Distimia, generan diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 10).

Tabla 10. Resultados del análisis de regresión lineal en función del diagnóstico.

	β	ΔR^2	p
Presencia de Diagnóstico de Fobia Específica	-.551	.014	.194
Presencia de Diagnóstico de Depresión	-.436	.023	.098
Presencia de Diagnóstico de Trastorno Adaptativo	.148	.003	.560
Presencia de Diagnóstico de TEPT	.842	.048	.015*
Presencia de Diagnóstico de Distimia	1.000	.046	.018*
Presencia de Diagnóstico de TOC	-.034	.000	.929
Presencia de Diagnóstico de TAG	-.292	.004	.492

* $p < .05$

Discusión

Las variables sociodemográficas consideradas, edad y sexo, no se relacionan con diferencias entre los tres grupos de pacientes. En todos los casos los valores promedio hacen referencia a personas relativamente jóvenes, alrededor de los 30 años, y al menos dos tercios son mujeres. Estos datos son similares a los obtenidos en distintos centros asistenciales (Labrador et al., 2010; Valero y Ruiz, 2003; Vallejo et al. 2008) o a los del informe "Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Salud y Política Social, 2006). Parecen pues ser representativos de los pacientes que acuden en demanda de ayuda psicológica. Así pues, ser varón o mujer y tener una edad u otra, no parecen guardar relación con que el tratamiento psicológico sea más o menos prolongado.

Con respecto a los diagnósticos no han aparecido diferencias significativas, si bien esto en parte puede deberse al escaso número de pacientes en relación con la cantidad de categorías diagnósticas. Por eso vale la pena llamar la atención sobre el hecho de que el diagnóstico de Distimia sólo aparece en el grupo 3º (más de 35 sesiones), o el 83.3% de los casos de Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT) aparecen también en ese grupo 3º. Alternativamente, los casos de fobia específica aparecen fundamentalmente (75%) en el grupo de menos de 20 sesiones. En los *análisis de regresión* ambos tipos de diagnósticos, Distimia y TEPT son los únicos que alcanzan un valor predictivo significativo señalando una mayor duración del tratamiento, si bien su capacidad explicativa es baja, pues en ningún caso supera el 5%.

Es previsible que algunos diagnósticos requieran una mayor duración del tratamiento, en especial aquellos diagnósticos que implican múltiples áreas de la vida de una persona, entre ellas la integración personal, familiar y social, como puedan ser trastornos adictivos (Secades y Fernández, 2001), o trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Labrador et al., 2010; Saldaña, 2001). Tanto el diagnóstico de distimia como el de TEPT pueden estar entre esos diagnósticos que afectan a múltiples áreas de la vida de la persona, no así los problemas fóbicos. Por otro lado, el que no aparezcan diferencias en función del diagnóstico puede ser también un reflejo de la enorme disparidad de realidades que se pueden acoger al mismo diagnóstico. De hecho, salvo en trabajos de investigación, el programa de tratamiento no se deriva de la inclusión del paciente sujeto en una categoría diagnóstica, sino de la evaluación individualizada de su caso. Probablemente un índice más adecuado sería considerar cuántas conductas o estrategias de actuación deben ser modificados en cada paciente. Querer dar al diagnóstico formal un valor causal no parece adecuado, ni siquiera es aconsejado en los propios sistemas nosológicos de clasificación, tal y como se recomienda en el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Algo similar puede decirse al considerar si los pacientes tienen diagnóstico en los ejes III y/o IV DSM-IV-TR (APA, 2000), ya que no aparecen diferencias significativas. Es decir, tener una enfermedad médica y/o problemas psicosociales y

ambientales no se relaciona significativamente con la duración del tratamiento. Esto sí es más extraño, pues la presencia de problemas en el eje IV debe suponer un mayor número de áreas vitales afectadas. Quizá el número reducido de casos considerados pueda explicar que, aunque se constata una tendencia a que el porcentaje mayor de pacientes con diagnóstico en Eje III ó IV se encuentren en el grupo 3º de tratamientos más largos, las diferencias no lleguen a ser significativas.

Sí aparecen diferencias significativas con respecto a la presencia de un segundo diagnóstico: el 69.2% de los casos con segundo diagnóstico se encuadran en el grupo 3º. Los resultados son similares a los obtenidos por Labrador et al. (2011), constituyéndose el diagnóstico comórbido en una de las variables que se relaciona de forma significativa con la prolongación de los tratamientos. La explicación iría en la misma línea de lo señalado, el tener más de un diagnóstico señala asimismo más de un área vital afectada, también más conductas a modificar además de sus posibles concomitantes entre ellos una mayor desorganización vital. Estos datos confirman lo ya obtenido en trabajos anteriores en los que la comorbilidad se asocia a tratamientos más largos (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh, y Joyce, 1997; Deveney y Otto, 2010; Estupiñá et al., 2008; Labrador et al., 2011; Morrison et al., 2003; O'Connor y Stewart, 2010; Quiroga y Errasti, 2001).

De acuerdo con esta misma idea, el número de objetivos terapéuticos debería correlacionar con una mayor duración de los tratamientos. Sin embargo no aparecen diferencias significativas en función del número de objetivos terapéuticos en los *análisis de regresión* (Tabla 9), está próximo al nivel de significación en el ANOVA (0.59), y aparecen diferencias significativas en las comparaciones por pares, siendo siempre menor este número en los casos del grupo 1º. Probablemente la explicación de este dato tenga que ver con las diferencias en las técnicas estadísticas: no hay una tendencia constante (como marca el *análisis de regresión*) pero sí diferencias en algunos puntos (como se constata al comparar uno a uno los grupos). El hecho de que el grupo 1º (6.67) tenga al menos un 25% menos de objetivos que los otros dos (diferencias significativas), y que los otros dos no presenten diferencias entre ellos (e incluso que el grupo 2º -9.30- tenga más que el 3º - 8.52-), sea un indicativo claro de la importancia de esta variable. Importancia que no se pone de relieve al considerar una tendencia lineal en el número de sesiones, como hace el *análisis de regresión*.

También es posible, que para que aparezcan estas diferencias tenga que haber diferencias importantes en el número de objetivos (¿un 25% al menos?), o que sólo aparecen en el caso de que un grupo tenga un número reducido de éstos (¿menos de 7?).

Una última consideración es que quizá el número de objetivos pueda no ser tan decisivo como la importancia de éstos (cantidad de conductas o ámbitos que implica cada uno) y procedimientos o técnicas necesarias para alcanzarlos.

Por eso sólo se necesitan diferencias importantes para que se reflejen en el número de sesiones.

En esta dirección apunta que haya diferencias significativas en función del número de técnicas utilizadas, a mayor número de técnicas mayor duración de los tratamientos. Es muy evidente la tendencia creciente de este número de técnicas a medida que se avanza en los grupos (9.8 en el Grupo 1º; 12.7 en el Grupo 2º y 14.6 en el Grupo 3º). Ciertamente parece lógico que cuantas más técnicas haya que implementar mayor sea el número de sesiones. También que cuantos más diagnósticos, más técnicas haya que utilizar para atender a más conductas a modificar. Estos resultados son concordantes con los obtenidos en el trabajo de Labrador et al. (2011).

Los análisis de regresión apoyan los resultados anteriores. Las variables que alcanzan un valor significativo a la hora de predecir la prolongación de los tratamientos son la presencia de un segundo diagnóstico (13.4%) y el número de técnicas (13.9%).

Es de señalar que el número de técnicas utilizadas resulta elevado, algo superior a los señalados en el trabajo de Labrador et al. (2010), con una muestra más amplia y terapeutas más expertos. Es posible que en parte este elevado número de técnicas pueda explicarse por las características de los terapeutas, relativamente noveles y en período de entrenamiento, lo que podría suponer que en algunos casos se usen más técnicas de las estrictamente necesarias, como medida de reaseguración de la propia actuación. Pero en cualquier caso los resultados señalan inequívocamente, en este y otros trabajos, que el número de técnicas es una variable importante para explicar la prolongación de los tratamientos. En consecuencia, la reducción de la duración del tratamiento debe apuntar en esta dirección, o bien reducir el número de técnicas utilizadas o bien reducir el tiempo dedicado a su aplicación.

Ciertamente se han hecho esfuerzos muy importantes para investigar qué tratamiento es eficaz y efectivo para cada una de las categorías diagnósticas (habitualmente según criterios DSM), y ahora se dispone de TEA para cada una de estas categorías diagnósticas. Pero a la luz de los resultados obtenidos, en este y otros trabajos señalados, surge la cuestión de si no sería tan importante como identificar los TEA para cada categoría diagnóstica, identificar la técnica más adecuada para cada objetivo específico o para cada conducta

específica a modificar. Esto supone en parte volver a postulados iniciales de la Terapia de Conducta que señalaban que el objetivo es tratar conductas específicas, no entidades nosológicas (Labrador, 2008). Algo que se sigue aceptando como marco de referencia pero que cada día parece menos tenido en cuenta a la hora de abordar los tratamientos psicológicos, ensombrecido por la importancia progresiva dada a los diagnósticos categoriales (DSM o CIE). En esta dirección la PCBE parece una vía muy interesante pues por un lado aprovecha los resultados obtenidos en el ámbito de la investigación (TEA), y por otro los adapta a la realidad de cada paciente concreto. Se tiene en cuenta el diagnóstico categorial y los TEA, se adapta la intervención a las conductas específicas y la realidad de cada paciente.

También debería trabajarse en esta dirección de reducir la duración de los tratamientos, en afinar los procedimientos para hacer más precisa la aplicación de cada técnica, incluso de forma específica en función de cada conducta problema.

No obstante, este estudio no está exento de limitaciones. Es de señalar en primer lugar que el número de pacientes considerados es reducido (122), y que las características de los terapeutas, así como el tipo de clínica en el que se han llevado a cabo los tratamientos, sin duda han sesgado los resultados. Es más, al tratarse de un estudio de efectividad hay muchas variables que se escapan del control experimental y merman la posible generalización de los resultados. Ciertamente es importante considerar otras variables que puedan estar afectando a la prolongación del tratamiento, como algún índice de gravedad del problema, motivación al cambio del paciente, etc., pero todo trabajo es limitado y en éste se han abordado algunas de las variables que se han considerado más relevantes. Trabajos futuros deberán considerar otras más. Probablemente las características especiales de la UCP del Master limitan la generalización de estos resultados, pero toda Clínica tendrá características especiales y diferenciadoras. Por eso se considera importante que desde otros tipos de Clínicas de Psicología 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 estudio se realizó con el proyecto PSI2009-13100 del Ministerio de Educación y Ciencia (España).

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA.
- Bados (2005). *Fobias específicas*. Barcelona. Universidad de Barcelona.
- Bados, A. y García, E. (2008). *Eficacia y utilidad clínica de la intervención en psicología clínica y de la salud*. Barcelona. Universidad de Barcelona.
- Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502.
- Bados, A. (2009). *Agorafobia y pánico*. Barcelona. Universidad de Barcelona.
- Barnow, S., Linden, M. y Schaub, R. T. (1997). The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 312 – 316.
- Baldwin, S., Berkeljon, A., Atkins, D., Olsen, J. y Nielsen, S. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 22(2), 201-211.
- 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.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V. y Joyce, P.R. (1997). Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 137-144.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual review of psychology*, 52, 685-716.

- Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (4ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Deveney, C.M. y Otto, M.W. (2010). Resolving treatment complications associated with comorbid depression. En Otto, M.W. & Hofmann, S.G. *Avoiding treatment failures in the anxiety disorders*. (pp. 231-249). New York: Springer Sciences.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasu, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Estupiñá, F. J., Aranda, I., Ballesteros, F., Sánchez E. M., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2008). ¿Existe un perfil de pacientes que prediga una prolongación del tratamiento la depresión? Póster presentado en la IV reunión anual de la SEPCyS celebrada en Zaragoza.
- 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.
- Koss, M. P. (1979). Length and psychotherapy for clients seen in private practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1, 210 - 212.
- Koss, M. P. (1980). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of child and adult clients seen in private psychological practise. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 3, 268 - 271.
- Kopta, S. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: a defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 727-733.
- Korobkin, S. B., Herron, W. G. y Ramírez, S. M. (1998). Severity of symptoms of depression and anxiety as predictors of duration of psychotherapy. *Psychological Reports*, 82 (2), 427 - 433.
- Labrador, F.J. (2008). Introducción a las técnicas de modificación de conducta. En F.J. Labrador (Ed.) *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J. y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 177-130.
- Labrador, F.J., Bernaldo de Quirós, M. y Estupiñá, F.J. (2011). ¿Por qué se alargan los tratamientos? Predictores de una mayor duración del tratamiento y diferencias entre los de corta y larga duración. *Psicothema*, 23: 573-579.
- 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.
- Labrador, F.J., Fernández, P. y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología*, 27, 319-326.
- Lejues, C., Hopko, D. y Hopko, S. (2001). A brief behavioral activation treatment for depresión: Treatment manual. *Behavior Modifications*, 25(2), 255-286.
- Levitt, J., Malta, L., Marti, A., Davis, L. y Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1419-1433.
- Lin, J.C.H. (1998). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of chinese american clients seen in private practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 571 - 573.
- Lincoln, T., Winfried, R., Halweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schoreder, B., y Friegbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Morrison, K., Bradley, R. y Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy*, 76, 109-132.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Propuesta de estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid. Ministerio de consumo, centro de publicaciones.
- Moreno Gil, P., J., Méndez, X. y Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346 - 352.
- Mueser, K., Rosenberg, S., Xie, H., Jankowski, M., Bolton, E., Lu, W., Hamblen, J., Rosenberg, H., McHugo, G. y Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259-271.
- Muñiz, J.A. (2004). Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de terapia familiar breve en el ámbito privado. *Papeles del psicólogo*, 87, 29-34.
- Muñoz, M. (2003). Guía de la entrevista clínica general. En M. Muñoz (Ed.), *Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica* (pp. 273-275). Madrid: Síntesis.
- Nathan, P., Stuar, S. y Dolan, L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Silla y Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126(6), 964-981.
- O'Connor, R.M. y Stewart, S.H. (2010). Substance use disorders. En McKay, D., Abramowitz, J.S. y Taylor, S. (Eds.). *Cognitive-Behavioral Therapy for Refractory Cases: Turning Failure into Success*. (pp. 211-229). Washington, DC, US: American psychological association.
- Öst, L., Alm, T., Brandberg, M. y Breitholz, E. (2001). One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 167-183.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández, C y Amigo, I. (Eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Quiroga, R. y Errasti, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 3, 393-406.
- Reynolds, S., Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. y Rees, A. (1996). Acceleration of change in session impact during contrasting time-limited psychotherapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 577-586.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 3, 381-392.
- Sánchez-Meca, J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55 - 68.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: Nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 3, 365-380.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50, 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.
- 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.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 3, 345-364.
- 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.
- Weisz, R., Donenberg, G., Han, S. y Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 63(5), 688-701.
- Wester, D., Novotny, C. y Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings and reporting in controlled clinical trial. *Psychological Bulletin*, 130(4) 631-663.

(Artículo recibido: 14-11-2011, revisión: 05-02-2012, aceptado: 05-02-2012)