

Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño, tratamientos y procedimiento.

Effectiveness of Brief Psychotherapy in Community Mental Health Centers I: Design, treatments and procedures.

Javier Fernández Méndez ^a, Marco A. Luengo Castro ^b, Juan García Haro ^c, Andrés Cabero Álvarez ^d, M^a Dolores González Díaz ^e, Begoña Braña Menéndez ^f, Marcelino Cuesta Izquierdo ^g, Pedro José Caunedo Riesco ^h.

^aPsicólogo Clínico. CSM II, La Calzada. Area V. Gijón. Servicio de Salud del Principado de Asturias (S.E.S.P.A.), ^bPsicólogo Clínico. Unidad de Interconsulta y Enlace. Hospital Universitario Central de Asturias. Area IV. Oviedo. S.E.S.P.A., ^cPsicólogo Clínico. CSM I. La Ería. Area IV. Oviedo. S.E.S.P.A., ^dPsicólogo Clínico. CSM II, Teatinos. Area IV. Oviedo. S.E.S.P.A., ^ePsicóloga Clínica. CSM IV, Pumarín. Area V. Gijón. S.E.S.P.A., ^fPsicóloga Clínica. CSM I. Area I. Luarca. S.E.S.P.A., ^gProfesor Titular de Metodología de las CC. del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo., ^hPsiquiatra. CSM I. Area I. Luarca. S.E.S.P.A.

Correspondencia: Javier Fernández Méndez (javierfermen@yahoo.es)

Recibido: 10/02/2010; aceptado con modificaciones: 29/06/2010

RESUMEN: Introducción. El objetivo de la presente investigación ha sido comparar mediante un ensayo clínico la efectividad de una Psicoterapia Breve con el tratamiento habitual de los Trastornos Mentales Comunes en los Centros de Salud Mental (CSM) de Asturias. En este artículo se describen la justificación, el diseño y los procedimientos de ese estudio. Los primeros resultados se publican en Fernández-Méndez y cols. (en prensa).

Sujetos y método. Se seleccionaron al azar 216 personas mayores de 14 años que consultaban por primera vez en seis CSM y que fueron diagnosticadas de trastornos depresivos, de ansiedad y/o de adaptación. Ciento cuarenta y una cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar en la investigación, siendo asignadas al azar a dos grupos: Psicoterapia breve integradora-ecléctica (n = 76) o Tratamiento habitual en los CSM (n = 65). Se han comparado sus resultados a los 6, 12, 24 y 36 meses en diversos índices de mejoría clínica, funcionamiento psicosocial e indicadores sanitarios indirectos. Los datos se han obtenido del Registro de Casos Psiquiátricos, de la Historia Clínica y del propio paciente. Se han usado los siguientes instrumentos: Impresión Clínica Global (ICG, Guy, 1976), Inventario de Discapacidad de Sheehan (SDI, Sheehan, 1996) y Cuestionario de Satisfacción (Moré y Muñoz, 2000).

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia breve, Psicoterapia de corta duración, Trastornos mentales comunes, Trastornos mentales leves, Ensayo clínico, Efectividad, Centros de Salud Mental, Servicios de Salud Mental.

ABSTRACT: Background. The aim of the current research has been comparing the effectiveness of a brief psychotherapy with the usual treatment of Common Mental Disorders in Mental Health Centers (MHC) of Asturias. The present article describes the rationale, design and procedures of the study. Initial outcome findings are reported by Fernández-Méndez et al (in press).

Subjects and method. Two hundred and sixteen patients over the age of 14 were selected at random among those who consulted for the first time in six MHC and were diagnosed of depressive, anxiety or adjustment disorders. One hundred and forty-one fulfilled the inclusion criteria and agreed to take part in the study; they were assigned at random into two groups: brief integrative-eclectic psychotherapy (n = 76) or usual treatment in the MHC (n = 65). Their results have been compared at 6, 12, 24 and 36 months against diverse indexes of clinical improvement, psycho-social functioning and sanitary indirect indicators. Information has been obtained from the Psychiatric Cases Record, the Clinical History and from the patients. The following instruments have been used: the Clinical Global Impression of Improvement scale, the Sheehan Disability Inventory and a Satisfaction Survey.

KEY WORDS: Brief Psychotherapy, Short-term Psychotherapy, Common Mental Disorders, Minor Psychiatric Disorders, Clinical trial, Effectiveness, Community Mental Health Centers, Mental Health Services.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (1) se consideran Trastornos Mentales Comunes (en adelante TMC) aquellos que no requieren habitualmente la intervención de más de un profesional, y que incluyen los trastornos del estado de ánimo (distimia y episodio depresivo mayor unipolar) y los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastornos fóbicos y trastorno por estrés postraumático).

En España, según el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED, 2), los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad son los más frecuentes, con una prevalencia anual de 4.3 y 6.2 respectivamente. Muchas de estas personas no reciben atención sanitaria (3), pero los TMC tienen una elevada incidencia y prevalencia tanto en Atención Primaria (AP) como en Especializada (4). Entre un 18% y un 39% de los problemas atendidos en AP están relacionados con la salud mental y en ese nivel se atenderían el 90% de los casos de trastorno mental (1). Pero según diferentes estudios (5-7) los TMC suponen el 52-67% de los casos nuevos atendidos en los Centros de Salud Mental (CSM). Asimismo, en el año 2000, el Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental de Asturias (5), ponía de manifiesto que la duración de la atención a los TMC era demasiado elevada en relación a su curso teórico y en comparación con los trastornos más graves. Básicamente, esto significaría que los TMC demandan una atención que está desbordando los recursos tanto del nivel primario como del especializado. Esta situación repercute en una disminución de la calidad de la atención que se presta tanto a esos problemas como a los trastornos mentales severos (aumento de carga asistencial, listas de espera, dificultades para aplicar los tratamientos de forma adecuada, incremento de los gastos sanitarios directos e indirectos); y en definitiva, disminuye la efectividad y eficiencia de la atención.

Tanto en AP como en los Servicios de Salud Mental la respuesta a los trastornos mentales está siendo mayoritariamente farmacológica (8, 9). En la Encuesta de Salud para Asturias del 2002 (10) el 14,1% de las personas (7,8% de los hombres y 19,5% de las mujeres) declaraba haber tomado medicamentos "para los nervios" en las últimas dos semanas. Y en un estudio sobre la población atendida en los Centros de AP de Asturias (11) se encontró que el 37.9% de los pacientes (44.6% en mujeres y 27.4% en varones) había tomado psicofármacos en el último mes. Así, la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (1) advierte que la respuesta que se está dando es la sobreutilización de los psicofármacos como tratamiento en casos no indicados y con consecuencias negativas a medio y largo plazo (por ejemplo, en el estudio antes citado (11) el 28% de los que tomaban psicofármacos cumplían criterios de dependencia de los mismos).

En cambio, la psicoterapia, que está incluida en el Catálogo de Prestaciones en materia de Psiquiatría y Salud Mental del Servicio Nacional de Salud (12) tiene una implantación insuficiente en cantidad (por la escasez de tiempo y de profesio-

ORIGINALES Y REVISIONES

nales capacitados) y en calidad (por las dificultades de aplicación en condiciones de masificación) (8, 13). Por ejemplo, analizando los datos del Registro de Casos Psiquiátricos de Vizcaya entre 1991 y 1997, Pereira (14) encuentra un descenso progresivo de la proporción de consultas de psicoterapia sobre el total de consultas (del 31.2% en 1991 al 18.9% en 1996 y 18.1% en 1997) paralelo a un incremento espectacular (del 91%) del total de consultas en esos años. Lo mismo ocurre si se considera el porcentaje de pacientes que reciben psicoterapia: del 33.2% en 1991 al 24.7% en 1997.

Por otra parte, desde el punto de vista de las pruebas científicas sobre la eficacia de los tratamientos, tenemos que existen tratamientos psicológicos con apoyo empírico para los TMC (15) y que todas las guías clínicas los recogen como una de las indicaciones (y en muchas ocasiones como primera elección) de esos trastornos (16). Así, el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 17) recomienda los tratamientos psicológicos como primera elección en los problemas de depresión y neuróticos: *“Las intervenciones psicológicas deben ofertarse a todas las personas que padezcan trastornos depresivos o de ansiedad, pues si bien su eficacia a corto plazo es equivalente a la de los fármacos, a largo plazo resulta más eficaz y con efectos más duraderos”*. Es decir, que las psicoterapias con apoyo empírico pueden ser, a largo plazo, más eficientes que los psicofármacos (18, 19).

Por tanto, la escasa implantación de la psicoterapia en los servicios públicos es contraria a las evidencias científicas, a los principios que rigen nuestro Sistema de Salud (por ejemplo, el de Equidad, que exige igualdad de acceso a los diversos tratamientos efectivos para el conjunto de la población y el de Atención integral, bio-psico-social a los problemas de salud mental) y a las expectativas de los pacientes, que suelen preferir la terapia psicológica o el *counselling* frente a la farmacológica (20-25).

Dada la elevada demanda y la limitación de recursos, la psicoterapia se presenta como una alternativa viable en la medida que puede ser un tratamiento breve para un porcentaje significativo de pacientes. En su revisión de ensayos clínicos aleatorizados, Hansen, Lambert y Forman (26) encuentran que las psicoterapias en los ensayos clínicos tienen 12.7 sesiones de media, y que para conseguir una mejoría significativa en al menos la mitad de los pacientes pueden ser suficientes unas 13-18 sesiones. Por otro lado, diversas investigaciones indican que las psicoterapias breves (entre 6 y 12 sesiones) de diferentes enfoques teóricos son efectivas en los trastornos depresivos y de ansiedad (27-33). A lo mismo apuntan las revisiones sobre psicoterapia breve (34). Por último, existen evidencias empíricas acerca de que los pacientes esperan recibir pocas sesiones (22, 35), que las mejorías suelen ocurrir en las primeras sesiones (36) y que la mayoría de los pacientes en contextos reales acuden de hecho a pocas sesiones (una media de 4.3 y una mediana de 3.0 según Hansen y cols., 26). En definitiva, se puede decir que los tratamientos psicológicos con apoyo empírico suelen ser rela-

tivamente breves, que las psicoterapias autodenominadas breves son efectivas y los pacientes suelen preferir tratamientos breves (35).

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (1) sugiere que las Comunidades Autónomas incorporen los nuevos avances en los tratamientos y que se desarrollen procesos de investigación sanitaria para adaptar los tratamientos que han demostrado su eficacia en condiciones ideales al contexto de la Sanidad Pública española y sus Servicios de Salud Mental. Y es que, como explican Fdez. Liria y Rodríguez Vega (37), la clínica en el sector público impone una serie de condiciones, entre ellas, la obligación de atender el espectro completo de trastornos que se producen en la comunidad a la que da cobertura el servicio y la imposibilidad de seleccionar pacientes. La generalizabilidad no puede darse por sentada. Por ejemplo, entre los problemas en este sentido de los ensayos clínicos aleatorizados sobre psicoterapia estarían las altas tasas de sujetos excluidos de la investigación. En investigaciones sobre depresión, ansiedad generalizada y pánico (38), 2/3 (70%) de las personas con síntomas del trastorno investigado son excluidas; y muchas lo son por presentar comorbilidad, cuando ésta es muy frecuente en la práctica real (1, 38). Lo mismo cabe decir de los ECA con psicofármacos. Esto cuestiona la generalización de los resultados a la práctica clínica real, en la que no se pueden seleccionar los pacientes. En España se han realizado pocos estudios en los servicios públicos sobre tratamientos psicológicos. Aquí mencionaríamos por un lado referidos a terapias cognitivo-conductuales (por ejemplo, 39-41), en general de alta calidad y que demuestran que son tratamientos breves y efectivos; y por otro, ensayos no controlados que sugieren la utilidad de la terapia sistémica (42, 43) y la psicodinámica (44, 45).

En nuestro estudio no se ha intentado implantar sin más una serie de protocolos de psicoterapia con apoyo empírico, sino un modelo ecléctico adaptado específicamente para ajustarse a la variedad e inespecificidad de las demandas y la heterogeneidad de los terapeutas en nuestros Servicios de Salud Mental. Lo que nos proponíamos era comprobar la utilidad de una intervención psicoterapéutica mínima que fuera viable en nuestros Servicios y accesible a la mayoría de las personas con Trastornos Mentales Comunes.

El modelo de referencia que hemos tratado de implementar ha sido el Programa de Terapia Breve Zeelandés (46). Se trata de un modelo integrador, basado en los factores comunes a distintas psicoterapias (47) y que combina técnicas de distintos enfoques (Terapia Sistémica, Conductual, Interpersonal, etc.), privilegiando una perspectiva contextual y de acción. Se aplica en los Países Bajos desde los años 80 y se estima que en el 60% de las demandas de los servicios especializados la terapia breve (menos de 10 sesiones) puede ser una atención efectiva y suficiente.

Así pues, parece razonable esperar que un porcentaje significativo de las personas que actualmente demandan atención en los Centros de Salud Mental pueda beneficiarse de un tratamiento psicoterapéutico breve complementado con psico-

fármacos cuando así se requiera. Si tal tratamiento resulta viable, efectivo y eficiente (teniendo en cuenta la limitación de recursos de los Servicios de Salud Mental) permitiría además una redistribución de recursos que mejore la atención que se presta a los trastornos más severos (que requieren tratamientos más complejos o al menos muchas más sesiones de psicoterapia para obtener resultados). Nótese, en cualquier caso, que lo primero es demostrar la efectividad. Sólo a partir de lograrlo cabe hablar de costes diferenciales. Igualmente, la brevedad no es un objetivo en sí mismo, sino la efectividad; sólo gracias a ella el tratamiento resultará de hecho breve. Es decir, nuestra propuesta no consiste simplemente en ahorrar recursos, sino en hacerlo proporcionando una atención de calidad.

Así, la presente investigación ha tenido como objetivos generales mejorar la calidad de la atención en los CSM, aumentar el acceso de los usuarios a los tratamientos psicológicos e integrar la investigación sanitaria con la práctica clínica. Y concretamente, evaluar la viabilidad y efectividad de un Programa de Psicoterapia Breve en comparación con los métodos de tratamiento habituales en los CSM del Principado de Asturias. Partimos de las siguientes hipótesis: que la psicoterapia es al menos tan efectiva como las intervenciones habituales y que puede ser un tratamiento breve y suficiente para una parte importante de los pacientes de los CSM.

En el presente artículo se describe el diseño y los procedimientos del estudio; en un informe posterior (48) se presentan los resultados y conclusiones iniciales.

Método.

Sujetos.

La muestra se seleccionó entre los casos derivados a seis Centros de Salud Mental de tres áreas sanitarias (Oviedo, Gijón y Luarca) de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: Ser mayor de 14 años; acudir por primera vez a ese CSM (aunque podían tener antecedentes de tratamiento en otros CSM); no ser diagnosticado según la CIE-10 de Trastornos mentales orgánicos, Adicciones, Psicosis, Trast. de alimentación, Deficiencia mental, Trast. del desarrollo psicológico o Trast. graves de personalidad (Paranoide, Esquizoide, Disocial, de Inestabilidad Emocional y Mixto); no haber tenido un intento autolítico grave en los seis meses anteriores a la evaluación; requerir atención especializada (se excluyeron aquellos casos que no recibieron ningún tipo de tratamiento en el CSM); acudir al menos a una consulta en el CSM; y aceptar participar en la investigación. Como puede verse los criterios de inclusión han sido deliberadamente amplios, con el objeto de recoger la mayor parte de la demanda nueva en los CSM y excluir solo los casos teóricamente severos (al menos desde el punto de vista diagnóstico).

Medidas de evaluación.

Las principales variables dependientes o de resultado han sido las siguientes:

- **Resultado clínico:** Describe el estatus del paciente respecto al tratamiento en el CSM. Esta información se ha obtenido a los 6, 12, 24 y 36 meses del inicio del tratamiento tomándola del sistema de Registro Acumulado de Casos Psiquiátricos del Principado de Asturias y de la Historia Clínica de Salud Mental. Esta variable consta de las siguientes categorías:

- Continúa a tratamiento con el terapeuta inicial.

- Alta: El paciente ha sido dado de alta por su terapeuta de referencia, lo que implica que según su juicio no requiere más atención por parte del CSM (aunque luego puede continuar o no en AP o con tratamiento psicofarmacológico). Dado que hemos excluido de esta investigación a aquellos sujetos cuyo terapeuta consideró que no requerían ningún tratamiento, las altas deben interpretarse como señales de mejoría suficiente o al menos de que más tratamiento no produciría mejores resultados, siempre a juicio del terapeuta.

- Abandono: El paciente interrumpe el tratamiento contra la opinión del terapeuta o sin haberlo consultado con este. Para que un caso se considere abandono, deben haber transcurrido 4 meses desde la última consulta programada a la que acudió, no asistiendo a una cita posterior, sin haber sido dado de alta ni teniendo otra cita programada.

- Existen y se han registrado otros motivos por los que un sujeto puede no continuar el tratamiento con su terapeuta: por solicitar cambio de terapeuta, cambiar de CSM, fallecimiento, suicidio y derivación a otro servicio de salud mental. Pero sólo en un sujeto del grupo control, que cambió de CSM, se dió alguna de esas circunstancias, por lo que están excluidas de los análisis.

- Retorno: Caso que vuelve a solicitar consulta en CSM tras haber sido dado de alta o haber cumplido criterios de abandono.

- **Estado Clínico según el paciente:** Evaluado con la Escala de cambio o mejoría de la Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI-GI, 49, 50) aplicada al paciente en entrevista telefónica realizada al mes, a los 6 meses y a los 12 meses de ser alta o abandono o, si el paciente seguía a tratamiento en el CSM, a los 6, 12 y 24 meses de la primera consulta. Posteriormente se agrupó esta información según se tomara en el primer semestre, el segundo semestre y el cuarto semestre desde el inicio del tratamiento. Consta de un único ítem en el que se le pregunta al paciente cómo ha cambiado su estado con relación al inicio del tratamiento, ofreciéndole 7 alternativas de respuesta, puntuables de 1 a 7 (mucho mejor, bastante mejor, algo mejor, sin cambios, algo peor, bastante peor, mucho peor). Para el análisis y presentación de resultados hemos agrupado los valores de la siguiente manera: “Mucho o bastante mejor” (1 ó 2); “algo mejor” (3), “sin cambios” (4), “peor” (5, 6 o 7).

ORIGINALES Y REVISIONES

- Grado de discapacidad según el paciente: Se ha evaluado mediante el Inventario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI, 51, 50) pasado al paciente en entrevista telefónica. Evalúa el grado de discapacidad en el momento de la evaluación, con tres ítems (trabajo, vida social y vida familiar) puntuables de 0 a 10, cuya suma proporciona un índice de discapacidad global. Se ha recogido en los mismos momentos temporales que la ICG.

- Satisfacción del usuario respecto al tratamiento, evaluada mediante determinadas preguntas de un Cuestionario de Satisfacción (52), aplicado al paciente en entrevista telefónica realizada en la primera evaluación de seguimiento (al mes del alta o abandono o a los 6 meses si seguía a tratamiento) o posteriormente si la persona no participó en aquella.

- Índice de Recuperación. Se ha construido a partir de una combinación de datos obtenidos de la Historia Clínica de Salud Mental y la de AP, destacando los que serían indicadores objetivos de uso de servicios y tratamientos. Así, serían casos recuperados aquellos que no siguen a tratamiento en el CSM, no toman fármacos, no han tenido más de una consulta en AP en los últimos 6 – 12 meses y no han tenido ni un solo día de baja por problemas de salud mental en los últimos 6 – 12 meses.

Las entrevistas telefónicas y la recogida de información del Registro de Casos y de las historias clínicas fueron realizadas por una becaria contratada por los Servicios de Salud Mental y ajena al equipo de investigación.

Como puede verse, nuestras variables de resultado implican tres tipos de criterios o fuentes de valoración: el del terapeuta (resultado clínico), el del paciente (estado clínico, discapacidad, satisfacción) y el derivado del uso efectivo de servicios y tratamientos (recuperación).

Tratamientos.

Los participantes recibieron dos tipos de tratamiento: Los asignados al grupo control, el tratamiento habitual en los CSM. Serían las intervenciones que se utilizan habitualmente en los CSM del Principado de Asturias. La descripción más exacta de estas intervenciones se realizó a posteriori, una vez registradas *de facto* las variables que describen el tipo de intervención. Y los asignados al grupo experimental recibieron psicoterapia breve combinada en la mitad de los casos con fármacos.

La psicoterapia breve es el componente principal de un programa asistencial específico (Programa de Terapia Breve) implantado en los Países Bajos desde los años 80. Como programa es más que un tipo de tratamiento, es un modelo de atención entre cuyas características destacan la asistencia por pasos (inicialmente se ofrece una asistencia mínima que se considera suficiente para la mayoría de los casos y, si no funciona, se pasa a otra modalidad más compleja y costosa para el sistema y para el paciente), la existencia de un subequipo específico responsable

del programa (al que se asigna la mitad de la demanda, en la que estaría indicada psicoterapia breve como primera opción), y la coordinación estrecha con AP. Aunque el programa como tal incluiría tanto la psicoterapia como la farmacoterapia, el peso fundamental recae en aquélla. Nosotros no hemos implantado tal programa sino que nos limitamos a contrastar la viabilidad y efectividad de una psicoterapia breve combinada o no con fármacos.

La psicoterapia se ha aplicado siguiendo una guía de tratamiento que describe las tareas generales a llevar a cabo (definición del problema y los objetivos, planteamiento de estrategias, etc.) y su formato temporal según tres fases (ver tabla 1). No se establece con antelación el número de sesiones, nos adscribimos al lema “las menos posibles y tantas como sean necesarias” (53). Esta guía no prescribe técnicas de intervención concretas (éstas dependen de las características del caso y del criterio del terapeuta) sino que es un guión general en el que cabe la utilización de técnicas de diferentes modelos teóricos, funcionando como un marco general al que un terapeuta de prácticamente cualquier orientación teórica podría ajustarse. Para ello, los terapeutas que lo apliquen deben tener una formación sólida en algún modelo específico de psicoterapia. En nuestra investigación en concreto y dado que la mayoría de los terapeutas tenían formación y orientación sistémica, la psicoterapia ha seguido principalmente las técnicas de la Terapia Sistémica Breve (54, 55) complementadas con técnicas cognitivo-conductuales. En definitiva, la psicoterapia se ha aplicado con un formato previsiblemente viable en los servicios públicos (en particular ajustándose a la heterogeneidad de pacientes y terapeutas) y siguiendo un modelo ecléctico (como de hecho hacen la mayoría de los psicoterapeutas en contextos aplicados). Al mismo tiempo, el uso de una guía general supone una definición y estructuración del tratamiento psicoterapéutico que consideramos útil y necesaria de cara a la definición de prestaciones y organización de servicios, dada la indefinición y variedad de las psicoterapias. Es decir, se trata de un modelo de trabajo práctico: sin demasiada generalidad que lo hiciera indefinido y sin demasiada concreción que lo hiciera poco realista.

Tabla 1

Fases y parámetros temporales de la psicoterapia.

FASE	TAREAS-OBJETIVOS	DURACIÓN DE LAS SESIONES	INTERVALO ENTRE SESIONES
1. “Teoría conjunta”	Construcción del problema y los objetivos y planteamiento de estrategias generales.	45 min.	7-10 días
2. “Cambio conductual”	Propuesta de tareas concretas y reevaluación continua.	30 min.	2-3 semanas
3. “Consolidación”	Refuerzo de progresos y prevención de recaídas.	20-30 min.	2 meses.

Algunas notas características del modelo de psicoterapia aplicado serían las siguientes:

- Define y explica los problemas con hipótesis globales, sencillas, no invalidantes y prácticas (entendidas como construcciones plausibles y orientadas a la solución y no como explicaciones objetivas), basadas en conceptos generales como vulnerabilidad, competencia, circunstancias ambientales y funcionamiento personal. Enfatiza una perspectiva interaccional y contextual.

- Entiende que las quejas y las demandas de ayuda aparecen cuando las personas se sienten incapaces de gestionar sus vidas, pierden la perspectiva y se desmoralizan en el sentido de Frank.

- Trabaja con objetivos limitados, alcanzables y concretos. A corto plazo, superar un estancamiento o estado desmoralización o recuperar la sensación de autoeficacia. En algunos casos también a largo plazo, tratando de reducir la vulnerabilidad personal (trabajo con el estilo de funcionamiento).

- Promueve la colaboración activa del paciente y el terapeuta en un trabajo conjunto y de negociación (acerca del problema, de los objetivos y de las estrategias de solución).

- Enfatiza las posibilidades de desarrollo y las competencias de los pacientes.

- El terapeuta se muestra activo (reactiva los recursos o competencias, co-construye el problema); directivo (organiza el proceso, propone tareas para casa); didáctico (da explicaciones, hace reencuadres); y en general se atiene a las reglas generales de la relación terapéutica (mostrar empatía, proporcionar seguridad y apoyo, etc.).

- Destaca más la acción y la experiencia que el *insight*: es el paciente el que debe trabajar, entre sesiones, para afrontar los problemas.

- En fin, se entiende la psicoterapia como una tarea de resolución conjunta de problemas en el contexto de una relación personal y no, por ejemplo, como un conjunto de técnicas que se aplican a los pacientes según su diagnóstico.

Empíricamente, la terapia breve tuvo las siguientes características (tabla 2):

- Hemos considerado que recibieron psicoterapia los que cumplieron un criterio mínimo: asistir a 3 sesiones o menos si fueron dados de alta, pues entendemos que la intervención hecha en una sola consulta puede ser útil y suficiente (53, 56). Así, el 81.6% de los casos recibieron psicoterapia, con 5.9 sesiones de media. El 36.8% del grupo recibió solo psicoterapia, el 44.7% también psicofármacos y el 11.8% sólo tuvo tratamiento farmacológico. Así, el 56.6% tomó fármacos al inicio del tratamiento en el CSM (en 21 casos pautados por psiquiatra y en 22 por pauta previa del médico de Atención Primaria, MAP). Tres sujetos tuvieron también sesiones de relajación con enfermera (DUE).

- Los pacientes de este grupo tuvieron unas seis sesiones con su terapeuta de referencia. La mayoría sólo fue atendido por su terapeuta de referencia, pero el

10.5% de los casos tuvo al menos una sesión con otro facultativo del CSM, siendo el número de sesiones total con cualquier facultativo del CSM de seis (rango 1-26), con un intervalo medio entre ellas de un mes. El 75% asistió a siete sesiones o menos. El 23.7% de los casos tuvo además más de una consulta con MAP en el primer semestre.

Tabla 2
Descripción empírica de los tratamientos aplicados.

VARIABLE	EXPERIMENTAL	CONTROL
Recibieron psicoterapia (n, % sobre total del grupo, media de sesiones)	62 / 81.6% / 5.87	14 / 21.5% / 7.21
Tomaron fármacos al inicio (n, %, n pautados por psiquiatra, n por M.AP)	43 / 56.6% / 21 / 22	56 / 86.2% / 51 / 5
Solo psicoterapia (n, %)	28 (36.8%)	2 (3.1%)
Solo fármacos (n, %)	9 (11.8%)	44 (67.7%)
Tto. combinado (n, %)	34 (44.7%)	12 (18.5%)
Relajación (n, %, media sesiones)	3 / 3.95% / 4	3 / 4.61% / 3
Atendidos por un solo facultativo en CSM (n, %)	68 (89.5%)	59 (90.8%)
Sesiones con terapeuta de referencia (media, mediana)	6.3 / 6.0	6.32 / 5.0
Atendidos por otro facultativo (n, %, media sesiones)	8 / 10.5% / 4.25	6 / 9.2% / 2.83
Nº sesiones con cualquier facultativo (media, mediana, rango, percentil 75)	6.70 / 6.00 / 1-26 / 7.00	6.60 / 6.00 / 1-29 / 9.00
Atendidos también por MAP al menos en dos ocasiones (n, %, media sesiones)	18 / 23.7% / 2.79	34 / 52.3% / 4.03
Intervalo entre sesiones (media, mediana, rango, percentil 75; en días)	29 / 27 / 5 – 80 / 27	78 / 66 / 2 – 245 / 67
Duración total del tratamiento (media, mediana, rango; en días)	188 / 124 / 1-1095	412 / 287 / 1-1095
Terapeuta de referencia:		
Número	7	26
Psicólogo Clínico (n, %)	63 (82.9%)	13 (20.0%)
Psiquiatra (n, %)	13 (17.1%)	52 (80.0%)
Edad (media, rango).	37.5 (29-49)	
Sexo	72.4% Varones	
Experiencia (media, rango)	12.8 años (4.4-24.0)	
Formación en psicoterapia (media, rango)	777 horas (300-1200)	
Orientación teórica	Sistémica-ecléctica	

Nota: Excepto el nº de consultas con M.AP, que se refiere al primer semestre desde el inicio del tratamiento en el CSM y la duración del tratamiento, que abarca un límite de 3 años, el resto de las variables se refieren a los 2 primeros años tras la primera consulta en el CSM.

ORIGINALES Y REVISIONES

- La duración del tratamiento (a tres años) estuvo entre 4.0 (mediana) y 6.2 (media) meses. En el 75% de los casos duró menos de ocho meses.

Y el tratamiento habitual consistió en lo siguiente (tabla 2):

- Recibió psicoterapia el 21.5% de los casos, con una media de 7.21 sesiones; el 3.1% recibió sólo psicoterapia, el 67.7% sólo fármacos y el 18.5% tratamiento combinado. El 86.2% tomó fármacos al inicio, casi todos pautados por psiquiatra. Y tres casos (4.6%) hicieron también entrenamiento en relajación.

- Tuvieron entre cinco y seis sesiones con su terapeuta de referencia. El 9.2% tuvo además consulta con otros facultativos del CSM y el 52.3% al menos dos sesiones con MAP. El número de sesiones total con cualquier facultativo estuvo entre seis y siete (rango 1-29), con un intervalo medio entre ellas de más de dos meses. El 75% recibieron 9 sesiones o menos.

- La duración del tratamiento (a tres años) estuvo entre 9.4 (mediana) y 13.6 (media) meses. En el 75% de los casos duró 21.4 meses o menos.

Terapeutas.

Las características de los terapeutas se detallan en la tabla 2. Los terapeutas del grupo de terapia breve fueron seis psicólogos clínicos y un psiquiatra (dos mujeres y cinco varones). De los 76 casos de este grupo, 63 (82.9%) tuvieron psicólogo clínico como terapeuta de referencia y 13 (17.1%), psiquiatra. Los terapeutas tuvieron una edad media de 37.5 años, con 13 años de experiencia y una media de 777 horas de formación en psicoterapia. El 72.4% fueron varones y el 27.6% mujeres. La orientación teórica predominante es sistémica-ecléctica. Antes de iniciarse la investigación se formó a los terapeutas-investigadores en el guión de psicoterapia a través de seminarios y sesiones de supervisión de casos (en total 45 horas).

Los casos del grupo control fueron atendidos por todos los terapeutas de los CSM donde se realizó la investigación. En total fueron 6 psicólogos clínicos y 20 psiquiatras (cuatro de los psicólogos y uno de los psiquiatras también fueron terapeutas en el grupo experimental). Trece casos (20.0%) tuvieron a un psicólogo clínico como terapeuta de referencia y 52 (80.0%), psiquiatra. No disponemos de datos suficientes sobre otras características de los terapeutas, es posible que en general tuvieran mayor edad y experiencia clínica y menor formación en psicoterapia que los del grupo experimental.

Procedimiento.

Antes de iniciarse el estudio se contó con las autorizaciones oportunas de los responsables de Servicios de Salud Mental implicados y del Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias.

Los sujetos se seleccionaron de entre los derivados al Centro de Salud Mental por los cauces habituales. De los casos derivados desde AP en determinado período

temporal (variable en cada CSM, pero en todo caso entre octubre de 2004 y julio de 2005), se seleccionó una muestra al azar que se asignó también al azar al grupo experimental o al grupo control (si un caso no cumplía criterios de inclusión era reemplazado por otro). La selección y asignación de casos fue realizada por personal de los CSM ajeno al equipo de investigación (ASEP, DUE o trabajadoras sociales).

A continuación, y con la información disponible en el informe de derivación del médico de AP, de la entrevista de recogida de datos básicos y de las primeras consultas en el CSM se descartaba a los sujetos que cumplían criterios de exclusión. A los asignados al grupo experimental se les pidió su consentimiento antes de iniciar el tratamiento y luego se les dio cita con un terapeuta predeterminado; los del grupo control fueron asignados a los terapeutas por el procedimiento normal en ese CSM (pudiendo ser asignados o no al terapeuta que participa en la investigación). En el grupo control se intentó que ni el terapeuta ni el paciente supieran que iban a participar en la investigación (doble ciego), cumpliéndose de esta manera el requisito de que se aplicara el “tratamiento habitual” sin introducir modificaciones. A los participantes del grupo control se les pidió consentimiento en la primera evaluación de seguimiento. Ambos grupos fueron evaluados sólo en el postratamiento en diferentes momentos temporales. Estas evaluaciones, así como la recogida del resto de datos para la investigación fueron realizadas por una psicóloga, becaria dependiente de la Unidad de Coordinación de Salud Mental de Asturias. En algunos casos del grupo experimental la psicoterapia no resultó aplicable, pero se han mantenido igualmente en el grupo asignado (por “intención de tratamiento”, no por seguir el tratamiento completo).

Como puede verse en la tabla 3, se seleccionaron inicialmente y se asignaron a los grupos 216 casos. Se tuvieron que seleccionar más casos para el grupo control (112) que para el experimental (104) porque se observó una mayor pérdida de casos en aquél. De ellos, 36 cumplían criterios de exclusión: 18 por diagnóstico, 5 porque el facultativo que los evaluó consideró que no requerían tratamiento y 13 porque no acudieron a ninguna consulta en el CSM (aunque fueron derivados por su M.AP e hicieron demanda de atención, no acudieron a la primera consulta con su terapeuta en el CSM).

Los diagnósticos excluidos fueron los siguientes: Demencia senil (3 casos), Trast. psicótico (4), trastornos graves de personalidad (3: mixto, paranoide y de inestabilidad emocional), Trast. orgánico (1), Trast. de la conducta alimentaria (2), Deficiencia mental (1), Trast. Bipolar (1) y Adicciones (1). Además, otros dos sujetos se excluyeron por intento autolítico previo.

Por tanto, 180 pacientes (83.3% de los seleccionados) cumplieron criterios de inclusión: 95 del grupo control y 85 del grupo experimental. De esos 180 incluidos inicialmente, 39 no participaron de hecho en la investigación: 23 por negarse ex-

ORIGINALES Y REVISIONES

plícitamente a participar en la misma (18 del control y 5 del experimental), 9 por no haberse podido recabar su consentimiento (6 del control y 3 del experimental) y 7 por motivos desconocidos (1 del experimental y 6 del control). La pérdida de casos, la mayoría por no aceptar participar, fue mucho mayor en el grupo control que en el experimental, lo que obligó a seleccionar más casos para aquel.

Tabla 3
Proceso de selección de los sujetos.

	EXPERIMENTAL	CONTROL	TOTAL
Seleccionados	104	112	216
Cumplían criterios inclusión	85 (81.7%)	95 (84.8%)	180 (83.3%)
Perdidos total	9	30	39
Incluidos intención tto. (participantes en la evaluación básica)	76 (89.4% de los que cumplían criterios inclusión)	65 (68.4% de los que cumplían criterios de inclusión)	141 (78.3% de los que cumplían criterios inclusión)
Completaron los tratamientos.	71 (93.4% de los que los iniciaron)	56 (86.2% de los que los iniciaron)	127 (90.1%)
Participantes a los 6 meses (ICG, SDI).	53	31	84
Participantes al año (ICG, SDI).	29	21	50
Participantes a los 2 años (ICG, SDI).	22	30	52

Hemos comparado al grupo que participó en la investigación ($n = 141$) con aquellos que cumpliendo criterios de inclusión no participaron ($n = 24$, pues no disponemos de los datos de 15) en las variables pretratamiento (sociodemográficas y clínicas). De 14 variables sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre ambos grupos en dos: Medio de residencia (urbano en el 53.2% de los participantes y en el 83.3% de los perdidos) y tipo de consulta (ordinaria en el 90.1% de los participantes y en el 64.3% de los perdidos). Además, aunque no sea estadísticamente significativo, hay relativamente más trastornos depresivos entre los participantes (31.2%) que entre los perdidos (20.8%), siendo las tasas de los otros grupos diagnósticos iguales en ambos grupos.

Así, aceptaron participar e iniciaron de hecho los tratamientos, 141 personas (78.3% de los que cumplían criterios inclusión), 76 en el grupo experimental y 65 en el control. Constituyen la muestra de intención de tratamiento cuyas características se detallarán en el siguiente informe (48).

Análisis de los que completaron el tratamiento.

En las investigaciones de eficacia de los tratamientos psicológicos se suele analizar por separado la muestra de intención de tratamiento (los que iniciaron los tratamientos) y la de los sujetos que completaron el tratamiento (los que asistieron a un número mínimo de sesiones). En nuestros Servicios de Salud Mental los tratamientos no tienen una duración predeterminada, sino que continúan hasta que el facultativo da el alta o el paciente abandona. El tratamiento psicológico usado en la presente investigación tampoco tiene un número de sesiones predeterminado. Por ello, hemos considerado que lo completaron los sujetos que asistieron al menos a tres consultas en el CSM con un facultativo (el de referencia u otro) o a menos si el terapeuta les dio el alta (lo que implica que consideró que no requerían más tratamiento en el CSM). Es decir, que no lo completaron los que abandonaron tras la primera o segunda sesión. Se aplicó el mismo criterio a ambos grupos. Así se podrán comparar los resultados de ambos grupos en la muestra de intención de tratamiento y en la de los que los completaron.

Perdidos en las evaluaciones de seguimiento.

Para algunas medidas de resultado (resultado clínico, satisfacción, consumo de psicofármacos, consultas con el MAP, días de baja) se dispone prácticamente de la totalidad de los participantes en los diferentes puntos temporales. Para otras (ICG, SDI) solo de una parte, distinta en cada momento temporal. Así, en la entrevista telefónica a los 6 meses participaron 84 sujetos, al año, 50, y a los dos años, 52 (tabla 3).

Hemos investigado si existen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los sujetos que participaron en esas evaluaciones y los que no participaron pero cumplían criterios de inclusión ($n = 81, 115$ y 113) en 31 variables en cada momento temporal. De siete variables socio-demográficas, sólo hay una diferencia significativa en una, el medio de residencia, en la que está relativamente aumentado el entorno rural vs. urbano en los participantes a los 6 meses y al año. De ocho variables clínicas no encontramos diferencias significativas en ninguna en los tres momentos temporales. En variables relacionadas con el tratamiento recibido encontramos que a los seis meses predominan los participantes del grupo experimental (y por tanto los que recibieron psicoterapia y los que no recibieron fármacos), siendo la pauta inversa a los dos años y no habiendo diferencias en la evaluación al año. En cuanto a las variables de resultado (alta, abandono, seguir a tratamiento, satisfacción y los índices de recuperación), sólo encontramos una diferencia significativa a los seis

ORIGINALES Y REVISIONES

meses: hay más abandonos entre los perdidos que entre los participantes. En definitiva, aunque la excesiva pérdida de casos en los seguimientos disminuye lógicamente la validez de los resultados no se puede decir que la muestra evaluada no sea representativa de la muestra sobre la que pretendemos sacar conclusiones. Sí existe un sesgo a los seis meses y a los dos años en el porcentaje relativo de sujetos de los dos grupos que participan (aunque desconocemos en qué sentido puede afectar ese sesgo a los resultados).

Análisis estadísticos.

Se emplearon pruebas descriptivas con el fin de caracterizar las muestras estudiadas y técnicas de tipo inferencial (Chi-cuadrado, T, ANOVA) para realizar la comparación de los dos grupos en diferentes variables de interés. Todos los análisis se realizaron empleando el programa estadístico SPSS.

AGRADECIMIENTO.

Esta investigación ha sido financiada por los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

Los autores desean agradecer la colaboración de la Unidad de Coordinación de Salud Mental, de los coordinadores y compañeros de los Centros de Salud Mental (especialmente las profesionales encargadas de gestionar las demandas), de la Biblioteca Rodríguez Lafora de Salud Mental y de los pacientes que aceptaron participar.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones del MSC, 2007.
- (2) HARO JM, PALACÍN C, VILAGUT G, MARTÍNEZ M, BERNAL M, LUQUE I, ET AL. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin.* 2006; 126 (12): 445-451.
- (3) ALONSO J, LÉPINE JP; ESEMED/MHDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data form de European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd). *J Clin Psychiatry.* 2007; 68 (Supl 2): 3-9.
- (4) RETOLAZA A. Visión general. En Retolaza A. (coord.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009. p. 17-60.
- (5) SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, S.E.S.P.A. Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental, 2001-2003. Oviedo, 2000.

- (6) BELLOSO JJ, ESPÍN JC. Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental, *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2007; 27 (99): 39-58.
- (7) MONTILLA JF, GONZÁLEZ C, RETOLAZA A, DUEÑAS C, ALAMEDA, J. Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2002; 21 (84): 25-47.
- (8) RETOLAZA A. La organización asistencial. En Retolaza A. (coord.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009. p. 61-96.
- (9) MATA RUÍZ A. Modelos de tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comunes y sus limitaciones. En Retolaza A. (coord.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009. p. 253-278.
- (10) CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS. Encuesta de salud para Asturias, 2002. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2003.
- (11) SECADES R, RODRÍGUEZ E, VALDERREY J, FERNÁNDEZ HERMIDA JR, VALLEJO G, JIMÉNEZ J. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 2003; 15 (4): 650-655.
- (12) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE, nº 222 (16-9-2006).
- (13) HERNÁNDEZ M. La psicoterapia en el tratamiento de los trastornos mentales comunes. En Retolaza A (coord.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009.
- (14) *Psiquiatría.com* [sede web]. I Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de Febrero – 15 de Marzo de 2000 [acceso Septiembre de 2006]. Pereira R. Evolución de las consultas de psicoterapia en los Servicios Extrahospitalarios de Salud Mental de Vizcaya. Disponible en http://www.psiquiatría.com/congreso_old/mesas/mesa11/conferencias/11_ci_h.htm
- (15) ROTH A., FONAGY P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*, 2nd edition. New York: Guilford, 2005.
- (16) PÉREZ M, FERNÁNDEZ-HERMIDA JR, FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ C, AMIGO I (COORD.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces, I. Adultos*. Madrid: Pirámide, 2003.
- (17) NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Clinical Guideline 23. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary care*. London: NICE, 2004.
- (18) HUNSLEY J. Cost-effectiveness and medical costs-offset considerations in psychological service provision. *Can Psychol*. 2003. 44 (1): 61-73.
- (19) The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. *The Depression Report. A new deal for Depression and Anxiety Disorders*. London School of Economics. 2006. Disponible en: <http://cep.lse.ac.uk/research/mentalhealth>.
- (20) BEDI N, CHILVERS C, CHURCHILL R, DEWEY M, DUGGAN C, FIELDING A, ET AL. Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. *Br J Psychiatry*. 2000; (177): 312-318.
- (21) CHILVERS C, DEWEY M, FIELDING K, GRETTON V, MILLER P, PALMER B ET AL. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *Br Med J*. 2001; 322: 1-5.
- (22) MARTÍNEZ O, BEITIA M, ARALUCE K, AYERRA JM, CELA C, GRIJALVO J ET AL. Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1997; 17 (62): 203-222.

ORIGINALES Y REVISIONES

(23) RIDEL-HELLER SG, MATSCHINGER H, ANGERMEYER MC. Mental disorders –who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40: 167-174.

(24) RETOLAZA A, GRANDES G. Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Esp. Psiquiatr*. 2003; 31 (4): 171-176.

(25) UNIDAD DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. Agencia Laín Entralgo. Guías de Práctica Clínica en el SNS. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: MSC, 2008.

(26) HANSEN NB, LAMBERT MJ, FORMAN EM. The Psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice*. 2002; 9(3): 329-343.

(27) BARKHAM M, SHAPIRO DA, HARDY GE, REES A. Psychotherapy in Two-Plus-One Sessions: Outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *J Consult Clin Psychol*. 1999; 67 (2): 201-211.

(28) DOWRICK C, DUNN G, AYUSO-MATEOS JL, DALGARD OS, PAGE H, LEHTINEN V, ET AL. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *Br Med J*. 2000, 321(7274), 1450.

(29) GONZÁLEZ S, FERNÁNDEZ C, PÉREZ J, AMIGO I. Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*. 2006; 18 (3): 471-477.

(30) GUTHRIE E, MOOREY J, MARQISON F, BARKER H, PALMER S, McGRATH G, ET AL. Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56 (6): 519-526.

(31) HARVEY I, NELSON S, LYONS R, UNWIN C, MONAGHAN S, PETERS T. A randomized controlled trial and economic evaluation of counseling in primary care. *Br J Gen Pract*. 1998, 48: 1043-1048.

(32) MYNORS-WALLIS LM, GATH DH, DAY A, BAKER F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *Br Med J*. 2000; 320: 26-30.

(33) WARD E, KING M, LLOYD M, BOWER P, SIBBALD B, FARRELY S, ET AL. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *Br Med J*, 2000; 321 (7273), 1383-8.

(34) KOSS MP, SHIANG J. Research on brief psychotherapy. En: Bergin AE, Garfield SL, eds., *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 4th ed. New York: Wiley, 1994. p.

(35) PEKARIK G. *Psychotherapy abbreviation. A practical guide*. New York: The Haworth Press, 1996.

(36) HOWARD KI, KOPTA SM, KRAUSE MS, ORLINSKY DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am psychol*. 1986; 41, 159-164.

(37) FDEZ.-LIRIA, A. Y RODRÍGUEZ, B. La perspectiva integradora en psicoterapia. Una reflexión desde la práctica pública. En A. Fdez. Liria, M. Hernández y B. Rodríguez (coord.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997. p. 15-141.

(38) WESTEN D, MORRISON K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69(6): 875-899.

(39) ECHEBURÚA E, SALABERRÍA K, DE CORRAL P, CENEA R, BERASATEGUI T. Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2000; 26 (108): 509-535.

- (40) GARCÍA-PALACIOS A, BOTELLA C, ROBERTS C, BAÑOS R, PERPIÑÁ C, QUERO S, BALLESTER R. Clinical Utility of Cognitive-Behavioural Treatment for Panic Disorders. Results obtain in Different Settings: A Research Centre and a Public Mental Health Care Unit. *Clin Psychol Psychother.* 2002; (9): 373-383.
- (41) SÁNCHEZ C, ELVIRA A, LLOMPART M, DE FLORES T Y BADOS A. Terapia cognitivo-conductual en agorafobia: Análisis de componentes. Cartel presentado en el XXX Congress of the European Association for Behavioral & Cognitive Therapies. Granada, Noviembre de 2000.
- (42) BEYEBACH M, RODRÍGUEZ MS, ARRIBAS DE MIGUEL J, HERRERO DE VEGA M, HERNÁNDEZ C, RODRÍGUEZ MOREJÓN A. Outcome of solution-focused therapy at University Family Center. *J of Systemic Therapies.* 2000; (19): 116-128.
- (43) RODRÍGUEZ ARIAS JL, OTERO M, VENERO M, CIORDIA N, FONDÓ P. Estudio de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. *Papeles del Psicólogo*, 2004; 25 (87): 20-28.
- (44) GONZALEZ-PINTO R. La Psicoterapia Breve en el tratamiento de Trastornos Neuroticos en una Institucion Publica. *Psiquis.* 1987; 8(7): 11-19.
- (45) TIZÓN JL. Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las terapias de flash. II. Los procesos de sensibilización a lo psicológico, terapias de flash o terapias ultrabreves. *Informaciones Psiquiátricas*, 1994; 138: 369-392.
- (46) RIJNDERS PBM. Overzicht, Inzicht, Uitzicht: een protocol voor kortdurende psychotherapie. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, The Nederlands. 2004.
- (47) FRANK JD, FRANK JB. Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. 3rd ed. Baltimore: John Hopkins University Press, 1991.
- (48) FERNÁNDEZ-MÉNDEZ J, LUENGO MA, GARCÍA-HARO J, BRAÑA B, GONZÁLEZ-DÍAZ MD, CABERO A, CUESTA M, CAUNEDO PJ. Efectividad de la psicoterapia breve en los Centros de Salud Mental II: Resultados. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* En prensa.
- (49) GUY W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976
- (50) GARCÍA-PORTILLA MP, BASCARÁN MT, SÁIZ PA, PARELLADA M, BOUSOÑO M, BOBES J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 5ª edición. Barcelona: Ars Médica, 2008.
- (51) SHEEHAN DV, HARNETT-SHEEHAN K, RAJ BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*, 1996; 11 (Suppl 3): 89-95.
- (52) MORÉ MA, MUÑOZ PE. Satisfacción de los usuarios de un servicio de salud mental. *Archivos de Psiquiatría*, 2000; 63: 139-158.
- (53) RODRÍGUEZ-ARIAS JL, FONTECILLA G, GONZÁLEZ M, RAMOS M. Aplicación de un modelo de terapia familiar en una unidad de salud mental. En Espina A, Pumar B (Eds.), *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación.* Madrid: Fundamentos, 1996. p. 271-186.
- (54) WATZLAWICK P., NARDONE G. (COMPS.). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad.* Barcelona: Paidós, 2000.
- (55) RODRÍGUEZ-ARIAS JL, VENERO M. *Terapia familiar breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico.* Madrid: Editorial CCS, 2006.
- (56) RAMOS GUTIERREZ R. "La primera entrevista concebida como única". *Informaciones Psiquiátricas*, 1995; (139): 27-35.