
DURACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Lautaro Barriga

RESUMEN

Las prevalencias de los trastornos mentales de niños y adolescentes en Sudamérica se incrementaron, lo que exige promover acciones protectoras y psicoterapias eficientes para este grupo etario. El propósito del estudio es determinar el número de sesiones de psicoterapia de adolescentes con trastornos mentales graves atendidos con un modelo de psicoterapia eficiente, para lo cual se analizaron distintas variables relacionadas con la duración de la terapia. Se trata de un estudio retrospectivo de información documental con diseño analítico-descriptivo de 84 registros de fichas clínicas de casos con tratamiento psicoterapéutico de corta y larga duración en un servicio de salud mental. Destaca que la psicoterapia cognitiva conductual no es homogénea en cuanto al número de sesiones y varía según las

variables del estudio. La mayoría de los pacientes son adolescentes mujeres (84,6%) que cursan estudios secundarios (82,2%) y viven solo con la madre (52,3%); adolescentes hombres se concentran en tratamiento largo al igual que adolescentes con cuidador con trastorno psiquiátrico en tratamiento. Se observaron diferencias significativas en los trastornos depresivos ($\chi^2_{(7)}=48,68$; $p<0,05$) cuyos casos se concentran en tratamiento corto, mientras que los trastornos de la conducta alimentaria ($\chi^2_{(10)}=52,91$; $p<0,01$) se concentran en tratamiento largo. Queda la interrogante si los trastornos alimentarios podrían beneficiarse al iniciar tratamiento en la hospitalización. La variable más significativa en la reducción de sesiones fue la hospitalización, pero es un recurso subutilizado que necesita ser estudiado.

Introducción

En Sudamérica se ha producido un aumento de la prevalencia de los trastornos mentales de niños y adolescentes. Los trastornos mentales y en especial aquellos considerados graves como las esquizofrenias, las depresiones, los trastornos de la conducta alimentaria, las bipolaridades y otros, reducen significativamente el bienestar personal, ya que agrupan a diferentes síntomas que interfieren en la

evolución y en el desarrollo de los niños y adolescentes, quienes ven comprometidas sus capacidades adaptativas y su funcionamiento psicosocial (Cárcamo *et al.*, 2019). A menudo los trastornos mentales graves se presentan con comorbilidad psiquiátrica, es decir, se acompañan de otros trastornos que se asocian al diagnóstico primario; por ejemplo, los trastornos de la personalidad suelen acompañar a los trastornos depresivos (Aragone *et al.*, 2009).

Para realizar el diagnóstico de un trastorno mental y de la comorbilidad, los profesionales clínicos dependientes de instituciones de salud pública utilizan los manuales de categorizaciones diagnósticas, tales como: 1) la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) y 2) el Manual de Desordenes Psiquiátricos en su quinta versión, también conocido como el DSM-V (Martínez, 2015). En Latinoamérica se ha documentado que uno de cada

cinco menores de 18 años presenta un problema de salud mental y uno de cada diez es portador de un trastorno mental grave (Costello *et al.*, 2006; Posada, 2013; Vicente *et al.*, 2016). En Chile la principal carga de enfermedad son los trastornos mentales, responsables del 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad (AVISA), cifra que en niños y niñas de 1 a 9 años alcanza un 30,3% y entre los 10 a 19 años se incrementa a un 38,3%,

PALABRAS CLAVE / Adolescentes / Hospitalización / Psicoterapia / Trastornos Mentales /

Recibido: 13/01/2020. Modificado: 22/10/2020. Aceptado: 26/10/2020.

Lautaro Barriga. Doctor en Psicología, Universidad de

Santiago de Chile. Académico, Universidad Bernardo O'Higgins

(UBO), Chile. Dirección: Escuela de Psicología, UBO. General

Gana N° 1702, Santiago, Chile. e-mail: lautaro.barriga@ubo.cl.

DURATION OF COGNITIVE BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN ADOLESCENTS WITH SEVERE MENTAL DISORDERS

Lautaro Barriga

SUMMARY

Prevalence of mental disorders in children and adolescents in South America has increased, which requires promoting protective actions and efficient psychotherapies for this age group. The purpose of the study is to determine the number of psychotherapy sessions of adolescents with severe mental disorders attended with an efficient psychotherapy model, for which different variables related to the therapy duration were analyzed. It is a retrospective study of documentary information with an analytical-descriptive design of 84 clinical records of cases with short and long term psychotherapeutic treatment in a mental health service. It is highlighted that cognitive-behavioral psychotherapy is not homogeneous in terms of the number of sessions and

varies according to the variables of the study. Most of the patients are female adolescents (84.6%), who are in high school (82.2%) and live alone with their mother (52.3%). Male adolescents concentrate on long-term treatment as well as adolescents with a caregiver with a psychiatric disorder in treatment. Significant differences were observed in depressive disorders ($\chi^2_{(7)} = 48.68, p < 0.05$) whose cases are concentrated in short treatment, while eating disorders ($\chi^2_{(10)} = 52.91, p < 0.01$) are concentrated in long treatment. The question remains whether eating disorders could benefit from initiating inpatient treatment. The most significant variable in session reduction was hospitalization, but it is an underutilized resource that needs to be studied.

DURAÇÃO DA PSICOTERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL EM ADOLESCENTES COM DISTÚRBIOS MENTAIS GRAVES

Lautaro Barriga

RESUMO

A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na América do Sul aumentou, o que requer a promoção de ações de proteção e psicoterapias eficientes para esta faixa etária. O objetivo do estudo é determinar o número de sessões de psicoterapia de adolescentes com distúrbios mentais graves atendidos com um modelo psicoterapêutico eficiente, para o qual foram analisadas diferentes variáveis relacionadas com a duração da terapia. Estudo retrospectivo de informações documentais com desenho analítico-descritivo de 84 registros clínicos de casos com tratamento psicoterapêutico de curto e longo prazo em um serviço de saúde mental. Nota-se que a psicoterapia cognitiva comportamental não é homogênea em termos de número de sessões e varia de acordo com as variáveis do estu-

do. A maioria dos pacientes são adolescentes do sexo feminino (84,6%), que estão no ensino secundário (82,2%) e vivem sozinhas com sua mãe (52,3%). Os adolescentes do sexo masculino estão concentrados no tratamento a longo prazo, bem como os adolescentes com um cuidador com um distúrbio psiquiátrico em tratamento. Foram observadas diferenças significativas nos distúrbios depressivos ($\chi^2_{(7)} = 48,68; p < 0,05$) cujos casos estão concentrados em tratamentos curtos, enquanto os distúrbios alimentares ($\chi^2_{(10)} = 52,91; p < 0,01$) estão concentrados em tratamentos longos. Resta saber se os distúrbios alimentares poderiam se beneficiar com o início do tratamento hospitalar. A variável mais significativa na redução de sessões foi a hospitalização, mas é um recurso subutilizado que precisa ser estudado.

realidad preocupante porque no existe otra enfermedad que genere tanta discapacidad e invalide tan significativamente la vida de este grupo etario (Araya *et al.*, 2006; De la Barra *et al.*, 2012; Minsal, 2017). Los daños y secuelas de esta enfermedad son en muchos casos irreversibles, poniendo en riesgo el desarrollo y la vida de estos niños y adolescentes, quienes son priorizados para recibir atención de salud mental en los centros hospitalarios de alta complejidad, lugar donde se ofrecen tratamientos psiquiátricos y psicoterapêuticos especializados en modalidad ambulatoria y hospitalización (Almontes y Montt, 2011; De la Barra *et al.*,

2012; Vicente *et al.*, 2016; Minsal, 2017).

Los antecedentes presentados permiten elaborar diferentes preguntas que giran en torno a dónde, qué, cuál, cómo y cuánto debe durar la psicoterapia en un servicio público de salud mental para que sea efectiva con niños y adolescentes portadores de trastornos mentales graves.

La psicoterapia y su efectividad es un tema de relevancia social, ya que conocer específicamente lo que funciona facilita tomar decisiones que podrían maximizar la relación costo-beneficio, garantizar una atención oportuna a niños y adolescentes y permitir una distribución racional del limitado recurso psicoterapêutico que

disponen los servicios públicos de salud (Máiquez *et al.*, 2000; Echeberú y Corral, 2001).

La efectividad psicoterapêutica ha sido estudiada en los procesos terapêuticos, en los estilos del psicoterapeuta, en la relación del modelo de psicoterapia y el trastorno mental, en la alianza y la sincronización terapêutica, en el lenguaje, en la duración de la psicoterapia y otros (Santibáñez *et al.*, 2008, 2009). Estudios relacionados con la duración de la psicoterapia o el número de sesiones a las cuales asistió el paciente para alcanzar el alta por parte del psicoterapeuta, muestran que tratamientos con sesiones limitadas y con sesiones ilimitadas son equivalentes en la

efectividad (Orlinsky, 2011). Sin embargo, al incluir la variable de eficiencia, los modelos psicoterapêuticos tienen costos muy distintos (Painepán y Kuhne, 2012). En este sentido, la evidencia empírica muestra a la psicoterapia cognitivo-conductual como un modelo psicoterapêutico eficiente y sugerido por el Ministerio de Salud en las diferentes guías clínicas que abordan los trastornos mentales graves, ya que los pacientes adquieren comportamientos adaptativos, se reducen las dosis farmacológicas y se alcanza el alta terapêutica con un número limitado de sesiones (Ruiz *et al.*, 2012; Minsal, 2013; González y Duarte, 2014). En este sentido,

es relevante determinar el número de sesiones que necesitan adolescentes con trastorno mental grave con psicoterapia cognitiva-conductual, sin dejar de considerar que en su eficiencia intervienen diferentes variables, tales como el espacio físico donde se entrega el tratamiento (consulta privada, consultorio, hospital, otros); antecedentes sociodemográficos de los consultantes (edad, género, escolaridad, ocupación, entre otros); grupo etario (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores); tipo de trastorno mental (diagnóstico diferencial); complejidad del diagnóstico (leve, moderado y grave); tipos de cuidadores (con trastorno psiquiátrico en tratamiento, o sin tratamiento, o no presenta trastorno mental) y otros (Painepán y Kuhne, 2012). Con respecto al cuidador con trastorno mental, los estudios muestran riesgos potenciales y efectos negativos en la salud mental de los niños y adolescentes, especialmente cuando el cuidador no recibe tratamiento, ya que en el grupo familiar se produce un incremento importante de las interacciones y comunicaciones alteradas (Ferreira *et al.*, 2013; De Sousa *et al.*, 2014).

El presente estudio se realizó en un servicio de salud mental perteneciente a un hospital público de la ciudad de Santiago de Chile que atiende con dispositivos ambulatorios y de hospitalización a niños y adolescentes con trastornos mentales graves. En los servicios de salud mental se ha visto mayor tiempo de espera en la primera atención de psicoterapia ambulatoria, con sesiones que no siempre tienen la frecuencia apropiada, con tratamientos extensos y pacientes que abandonan el proceso (Pacheco y Aránguiz, 2011; De la Barra *et al.*, 2012). Los antecedentes presentados motivan a desarrollar un estudio que reporte información comprensiva del número de sesiones utilizadas por adolescentes con diferentes diagnósticos de salud mental.

El objetivo de la investigación es determinar el número de sesiones ambulatorias de

psicoterapia cognitiva-conductual de adolescentes con trastornos mentales graves atendidos en un servicio público de salud mental y posibles variables que inciden en la cantidad de sesiones. Es decir, se busca conocer el número de sesiones que asistió el adolescente a tratamiento con un modelo efectivo y sugerido por el Ministerio de Salud de Chile, y si este número de sesiones varía por los diagnósticos, por haber estado hospitalizado en salud mental y por las características socio-demográficas de los adolescentes.

La investigación realizada es de tipo retrospectiva y de información documental con diseño analítico-descriptivo, cuyas variables son: 1) Diagnósticos de los trastornos mentales graves; 2) Diagnóstico de la comorbilidad; 3) Hospitalización en salud mental; y 4) Número de sesiones ambulatorias de psicoterapia cognitiva-conductual.

Métodos

Diseño

Estudio con diseño analítico-descriptivo y retrospectivo de información documental de los tratamientos psicológicos a menores de 18 años de edad, obtenida de los registros de las fichas clínicas de un servicio de salud mental.

Lugar del estudio

Servicio de salud mental de niños y adolescentes perteneciente a un hospital público de la ciudad de Santiago de Chile. Se eligió a este lugar por tener un dispositivo de atención ambulatoria y de hospitalización de casos graves de salud mental; es decir, pacientes con riesgos asociados a la enfermedad, que necesitan procedimientos de alta especificidad, especialización de los tratantes y cuidadores específicos (Minsal, 2018). Los niños y adolescentes que concurren al servicio de salud mental del hospital para evaluación y tratamiento son derivados de centros de salud de menor complejidad. El primer contacto con el paciente lo

realiza una enfermera con formación en salud mental y cuyo objetivo es evaluar el tipo de atención y la prestación del profesional que el paciente requiere.

Registro del tratamiento psicológico de los pacientes

Se consideraron los registros de las fichas clínicas de evolución y tratamiento de los pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: 1) Adolescentes atendidos entre los años 2016 y 2017 en el servicio de salud mental; 2) Adolescentes diagnosticados con trastorno mental grave, que recibieron hasta 28 sesiones de psicoterapia ambulatoria de forma continuada y con un máximo de 3 faltas intercaladas; se eligen 28 sesiones porque representa el promedio de atención en este recinto de salud mental y porque se espera que la estabilización y el cambio terapéutico usando el modelo cognitivo conductual se alcance en pocas sesiones (Rivera y Bernal, 2008); 3) Adolescentes con comorbilidad o trastornos asociados al diagnóstico principal y que en este estudio corresponden a los trastornos de la personalidad; 4) Adolescentes atendidos por psicólogo cognitivo-conductual; 5) Adolescentes que se encuentran sin productividad psicótica, estables emocionalmente, controlando los impulsos y con soporte familiar; es decir, alcanzaron el alta terapéutica y son derivados a un centro de menor complejidad para continuar el tratamiento; y 6) Psicólogos que son psicoterapeutas cognitivos-conductuales del servicio público de salud mental con más de 8 años de experiencia en clínica de niños y adolescentes.

Los criterios de exclusión fueron: 1) Pacientes menores a 11 años, 11 meses, 29 días, por ser púberes; 2) Adolescentes con altas administrativas; 3) Adolescentes con cuadros orgánicos y consumo problemático de alcohol y drogas por tener otros protocolos de intervención; 4) Adolescentes sin comorbilidad; y 5) Psicólogos y

psicoterapeutas en otros modelos de terapia.

Variables de estudio

Las variables independientes son: 1) Diagnóstico del trastorno mental grave del adolescente por médico psiquiatra en la primera sesión, según el Manual Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10); 2) Diagnóstico de la comorbilidad o funcionamiento de la personalidad realizado por psicólogo tratante en las primeras tres sesiones de atención, según el CIE-10; y 3) Hospitalización de adolescentes en salud mental, entre 21 a 30 días de internación.

Se consideró como variable dependiente el número de sesiones de psicoterapia ambulatoria que asistió el adolescente al servicio de salud mental del hospital.

Procedimiento

De la base de datos del servicio de salud mental se revisaron los registros de pacientes atendidos entre los años 2016 y 2017, procediendo a seleccionar aquellos casos que cumplían con los criterios de inclusión. Se obtuvieron 84 fichas clínicas de adolescentes entre los 12 a 18 años de edad con diferentes trastornos mentales graves, que representan el 30,8% del conjunto de los casos atendidos en dichos años. Se rechazaron 43 fichas por tener registros incompletos, 3 por no tener diagnóstico de comorbilidad y 12 por altas administrativas. Los tratantes fueron dos psicólogos hombres con edades entre los 38 y 48 años de edad con formación de psicoterapeutas cognitivos-conductuales.

Los registros de las fichas clínicas fueron 71 adolescentes mujeres y 13 adolescentes hombres.

La variable dependiente se estableció de acuerdo con los percentiles referidos a la duración o número de sesiones de psicoterapia cognitivo-conductual, con el objeto de tener un número similar de pacientes, quedando:

-Casos con tratamiento corto: adolescentes que habían recibido entre 7 y 14 sesiones de psicoterapia ambulatoria (N=45).

-Casos con tratamiento largo: adolescentes que habían recibido entre 15 y 28 sesiones de psicoterapia ambulatoria (N=39).

Análisis de los datos

Se utilizaron estadísticos descriptivos y de frecuencias para analizar las características socio-demográficas de la muestra. Las diferencias entre los grupos se contrastaron por medio del estadístico chi-cuadrado de Pearson (χ^2). Se evaluaron los supuestos de la regresión lineal múltiple y luego se determinó qué variables se asociaban con el número de sesiones a las que asistió el adolescente. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 15.0.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado y autorizado por el Comité de Bioética del Servicio de Salud Metropolitano Norte de la ciudad de Santiago de Chile, organismo acreditado ante la autoridad sanitaria. Se tomó contacto con los cuidadores y adolescentes para informar del estudio y garantizar la confidencialidad de los datos, y se aplicó el consentimiento y el asentimiento informado.

Resultados

Como señala la Tabla I, en la muestra total (N=84) se destaca que la mayoría son mujeres (84,6%), que la mitad de los participantes viven solo con la madre (52,3%) y que cursan estudios secundarios (82,2%). Se observan diferencias significativas en el cuidador con trastorno psiquiátrico en tratamiento ($\chi^2_{(3)}= 17,6$; $p<0,05$); los casos con tratamiento corto mostraron un 46,6% de cuidador con trastorno psiquiátrico en tratamiento, mientras que los casos con tratamiento largo un 76,9%.

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

	Tratamiento corto (N=45)	Tratamiento largo (N=39)	Total (N=84)
Edad			
Media (DS)	14,1 (1,23)	16,3 (1,04)	15,1 (2,6)
Genero (%)			
Hombres *	2,3	30,7	15,4
Mujeres	97,7	69,3	84,6
Nivel de Estudios (%)			
Primarios	46,6	7,3	17,8
Secundarios	53,4	92,7	82,2
Vive con (%)			
Madre	44,4	61,5	52,3
Padre	6,6	12,8	9,5
Ambos padres	42,2	25,7	34,5
Otro	6,8	0	3,7
Cuidador con trastorno psiquiátrico en tratamiento (%) *			
Sí	46,6	76,9	60,7
No	53,4	23,1	39,3

* $p<0,05$.

Otra diferencia significativa se observa en ser adolescente hombre ($\chi^2_{(6)}= 37,6$; $p<0,05$), en los casos con tratamiento corto se alcanzó un menor porcentaje (2,3%), en comparación con el tratamiento largo (30,7%).

En la Tabla II se observa en la muestra total (N=84) que los principales grupos diagnósticos son los trastornos depresivos (45,2%) y de la conducta alimentaria (33,6%), que más de la mitad de los adolescentes tiene comorbilidad (59,2%) y que la hospitalización presenta un

índice de ocupación bajo (48,8%). Se observan diferencias significativas en el trastorno depresivo grave ($\chi^2_{(7)}= 48,68$; $p<0,05$); los casos con tratamiento corto alcanzan un 35,5%, mientras que con tratamiento largo un 12,8%. El trastorno depresivo moderado también presenta diferencias significativas ($\chi^2_{(9)}= 42,12$; $p<0,05$); el tratamiento corto presenta un 22,5% y el largo un 13%. Otras diferencias significativas se dan en el trastorno de la conducta alimentaria anorexia ($\chi^2_{(10)}=$

52,91; $p<0,01$); la mayoría de los casos recibió tratamiento largo (33,3%). Asimismo, la bulimia también presenta diferencia significativa ($\chi^2_{(11)}= 46,23$; $p<0,01$). Otra diferencia se observa en la comorbilidad ($\chi^2_{(8)}= 32,47$; $p<0,05$), concentrándose en los casos con tratamiento largo (73,4%). La última diferencia significativa ($\chi^2_{(9)}= 50,64$; $p<0,01$) se da en haber estado hospitalizado en salud mental y que concentra un 79,8% de adolescentes con tratamiento corto.

TABLA II
DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES (EJE I), COMORBILIDAD Y HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

	Tratamiento corto (N=45)	Tratamiento largo (N=39)	Total muestra (N=84)
Diagnósticos Eje I CIE-10 (%)			
Trastorno Esquizofrénico	11,1	15,3	13,1
Trastorno Depresivo			
Grave*	35,5	12,8	25,0
Moderado*	22,5	13,0	20,2
Trastorno Bipolar	6,6	5,1	5,9
Trastorno de Ansiedad Generalizada	2,2	0	1,1
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	2,2	0	1,1
Trastorno de la Conducta Alimentaria			
Anorexia**	4,4	33,3	17,8
Bulimia**	15,5	20,5	15,8
Comorbilidad (%) *			
Sí	43,6	73,4	59,2
No	56,4	26,6	40,8
Hospitalización en salud mental (%) **			
Sí	79,8	14,1	48,8
No	20,2	85,9	51,2

* $p<0,05$; ** $p<0,01$.

Un 58% del total de adolescentes con trastornos depresivos se concentró en tratamiento corto, mientras que un 54% del total de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria se concentró en tratamiento largo. La mayor comorbilidad por grupo diagnóstico (81%) se concentró en los trastornos de la conducta alimentaria, al igual que el más alto rechazo a la hospitalización (88%). Adolescentes con trastornos depresivos presentaron mayor aceptación a hospitalizarse en salud mental (76%).

Se evaluaron y se cumplieron los supuestos de normalidad, linealidad y homocedasticidad de la regresión lineal múltiple y su análisis. En la Tabla III se aprecia que la hospitalización en salud mental explica un mayor porcentaje de la varianza (39%) con un β negativo (-0,484); es decir, a más hospitalización menos sesiones ambulatorias. El trastorno de la conducta alimentaria explica menos (21%) con un β positivo (0,293); es decir, adolescentes con este diagnóstico necesitan más sesiones de psicoterapia ambulatorias. La comorbilidad explica un 10% con un $\beta = 0,192$; entonces, adolescentes con funcionamiento anormal de la personalidad necesitan más psicoterapia ambulatoria. Los trastornos depresivos (2%) y el cuidador con trastorno psiquiátrico en tratamiento (1%) en su conjunto explican muy poco. En total se explica el 73% de la varianza.

Discusión

El estudio permitió apreciar que el tratamiento cognitivo-conductual aplicado a adolescentes con características comunes, como por ejemplo ser portador

de un mismo diagnóstico, se ve afectado por distintas variables contextuales que inciden en el número de sesiones a las cuales debieron asistir los adolescentes para estabilizarse. En este sentido, estudiar la cantidad de sesiones a la luz de estas variables permite información más específica de este grupo etario. Ahora bien, los adolescentes derivados a este servicio de salud mental son principalmente mujeres que cursan estudios secundarios y por lo general viven solo con la madre, confirmando lo señalado por otros estudios (Pacheco *et al.*, 2007; Ramos-Lira, 2014). Llama la atención que, consultando mayoritariamente las mujeres, sean los hombres quienes reciben psicoterapias más largas, hallazgo que fue señalado en otro estudio (Bernaldo-de-Quirós *et al.*, 2013). Puede ser que adolescentes hombres no siempre buscan apoyo, sub-reportan su sintomatología o bien sus cuidadores no logran pesquisar los síntomas que se ocultan en comportamientos aceptados socialmente, como la impulsividad e irritabilidad, facilitando que el síntoma ignorado se instale progresivamente en la estructura psíquica y genere un trastorno más complejo que va a necesitar más trabajo psicoterapéutico (Chandra y Minkovitz, 2006; Ramos-Lira, 2014). No obstante, estas ideas necesitan ser estudiadas en profundidad.

Adolescente con cuidador con trastorno psiquiátrico en tratamiento se relaciona con más sesiones ambulatorias. Los adolescentes con tratamiento largo presentaron un porcentaje significativamente mayor (76,9%) en comparación con los adolescentes con tratamiento corto (46,6%). La literatura ha

mostrado que un cuidador con trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para niños y adolescentes, quienes ven disminuido su apoyo familiar, activan sentimientos más aflictivos, reciben mayor carga familiar, son más proclives a desarrollar depresiones, ansiedades y a presentar retraso en su desarrollo vital (Sánchez del Hoyo y Sanz, 2005; Vivanco y Grandón, 2016), lo que podría explicar secuelas más profundas, resistentes y por ende tratamientos más extensos.

La comorbilidad, el diagnóstico de trastorno depresivo, la hospitalización en salud mental y el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria inciden en el número de sesiones.

Con respecto a la comorbilidad, los adolescentes con tratamiento largo presentaron un porcentaje significativamente mayor (73,4%) que los adolescentes con tratamiento corto (43,6%). Este resultado era esperable porque un funcionamiento anormal de la personalidad en la actualidad es considerado complejo, con altos índices de abandono y con peores resultados, constituyéndose en un gran desafío terapéutico (Caballo, 2004; Santibáñez *et al.*, 2008; Bernaldo-de-Quirós *et al.*, 2013). En este sentido, es lógico pensar que adolescentes con trastorno mental grave y con comorbilidad asociada demanden mayor número de sesiones ambulatorias, en consecuencia, la comorbilidad es una variable de especial relevancia para el psicoterapeuta que debe ser evaluada y considerada al momento de planificar el número de sesiones.

Con respecto al diagnóstico de trastornos depresivos graves, los adolescentes con tratamiento corto presentaron un porcentaje

significativamente mayor (35,5%) que los adolescentes con tratamiento largo (12,8%). Estos datos son llamativos, ya que no coinciden con otros estudios, los cuales indican que adolescentes depresivos no responden siempre a tratamiento, que necesitan mayor tiempo de vinculación y de procesos psicoterapéuticos a largo plazo (Pinto y Álvarez, 2010; Minsal, 2017). Es posible que otras variables permitan comprender la no coincidencia en los resultados, tal como lo mencionan Cortés *et al.* (2018), aún son escasos los estudios comprensivos que puedan explicar en profundidad de como se produce el cambio en adolescentes con depresión.

La hospitalización se relaciona con un menor número de sesiones ambulatorias, mostrando un porcentaje significativamente mayor en los adolescentes con tratamiento corto (79,8%), frente a adolescentes con tratamiento largo (14,1%). En apoyo a estos resultados, se observó que la hospitalización es la variable que más explica (39%) y de manera inversa la cantidad de sesiones; es decir, adolescentes que fueron hospitalizados asistieron a menos sesiones de psicoterapia ambulatoria. Al parecer la hospitalización de salud mental no solo logra reducir o eliminar los síntomas como las agitaciones psicomotoras y sintomatología psicótica de adolescentes con trastornos mentales graves como se ha descrito (De la Barra y García, 2009; De la Barra *et al.*, 2012); también puede contribuir a una mejor organización del sistema psicológico, a una mayor modulación emocional y a un repertorio conductual más adaptativo que luego se refleja en la atención ambulatoria. Siguiendo esta idea, tal vez en la hospitalización existan acciones psicoterapéuticas que facilitan que el adolescente explore la forma que tiene de relacionarse consigo mismo, con su entorno y su familia, elementos terapéuticos necesarios para avanzar en el cambio (Krause, 2005; Krause *et al.*, 2011; Cortés *et al.*, 2018), y que podrían ser responsables de una estabilización más rápida de los adolescentes depresivos

TABLA III
ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE (N=84)

	β	R ²	P
Hospitalización en salud mental	-0,484	0,39	0,01**
Trastorno de la conducta alimentaria	0,293	0,21	0,01**
Co-morbilidad	0,192	0,10	0,01*
Trastornos depresivos	-0,102	0,02	0,01**
Cuidador con trastorno psiquiátrico en tratamiento	0,087	0,01	0,05*

*p<0,05; **p<0,01. Total de la varianza explicada: 73%.

(grupo diagnóstico que más se hospitalizó), quienes luego de ser hospitalizados necesitan menos sesiones ambulatorias. En este sentido, es posible pensar que el continuo terapéutico hospitalización-sesiones ambulatorias para los casos de mayor gravedad mejora la evolución y por ende el pronóstico, supuesto que necesita de más estudios. Llama la atención que el recurso hospitalización sea subutilizado en este grupo etario; no obstante, se requieren de nuevas investigaciones para conocer posibles explicaciones de este fenómeno.

Adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria tuvieron la más alta comorbilidad (81%), necesitaron mayor número de sesiones ambulatorias y se concentraron en tratamiento largo (33,3%). Dentro de este trastorno la mayor preocupación son adolescentes con trastorno de anorexia, que se caracteriza por ser una enfermedad compleja, de curso crónico, con marcadas comorbilidades, resistente a tratamiento, de difícil manejo, de mal pronóstico, que afectan a múltiples áreas de la vida, con frecuentes recaídas después de la remisión de los síntomas y de alta letalidad al ser comparada con otros trastornos psiquiátricos (Cruzat *et al.*, 2008; Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012). Estos antecedentes confirman los esfuerzos del psicoterapeuta, quien debe ocupar un mayor número de sesiones para abordarla y lograr cambios terapéuticos. Algo llamativo en este grupo diagnóstico es el alto rechazo a la hospitalización (88%), que abre incógnitas sobre las explicaciones del porqué no acceden a esta modalidad terapéutica y del real efecto de la hospitalización sobre este trastorno, temática que necesita ser abordada en futuros estudios.

Se puede concluir que el tratamiento cognitivo-conductual lleva a resultados heterogéneos en los adolescentes y que el número de sesiones que asisten para alcanzar su estabilidad se relaciona con distintas variables del contexto. Ahora bien, la variable más relevante en la reducción del número de sesiones de psicoterapia ambulatoria es haber estado hospitalizado en

salud mental e incluso podría estar ocurriendo en que adolescentes depresivos graves se concentren en los casos con tratamiento corto; sin embargo, es llamativo que este recurso terapéutico sea subutilizado. De especial atención son los trastornos de la conducta alimentaria, en especial los trastornos de anorexia, que por concentrarse en tratamiento largo desafían la eficiencia psicoterapéutica y abren la necesidad de implementar nuevas estrategias de intervención, ante lo cual se visibiliza el continuo terapéutico hospitalización-sesiones ambulatorias como una posibilidad real de abordaje, pero se requieren más estudios. Finalmente, no se puede dejar de mencionar que son los hombres quienes demandan más sesiones ambulatorias, lo que invita a profundizar en sus procesos de psicoterapia y en las variables asociadas para lograr mayor eficiencia.

Las limitaciones del estudio están dadas por no incluir a psicoterapeutas con distinta formación y por no conocer con precisión las intervenciones de la hospitalización.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio contó con financiamiento interno de la Universidad Bernardo O'Higgins, Proyecto Código UBO/VVCM 1903.

REFERENCIAS

Almontes C, Montt M (2011) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. 2ª ed. Mediterraneo. Santiago, Chile. 868 pp.

Aragones E, Lluís J, Labad A. (2009) Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atenc. Prim. 41*: 545-551.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G (2006) Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. *Am. J. Public Health 96*: 109-113.

Bernaldo-de-Quirós M, Labrador F, Estupiñá F, Fernández I (2013) La duración de los tratamientos psicológicos: diferencias entre casos de corta, media y larga duración. *Univ. Psychol. 12*: 21-30.

Caballo V (2004) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos de Personalidad*. Siglo XXI. Madrid, España.

Cárcamo K, Cofré I, Flores G, Lagos D, Oñate N, Grandón P (2019) Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas 18*(2): 59-69.

Cortés A, Fernández O, Capella C, Espinosa H, Krause M (2018) ¿Qué es lo que cambia en la psicoterapia? La perspectiva de pacientes adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos. *Psykhé 27*(2): 1-15.

Chandra A, Minkovitz C (2006) Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *J. Adolesc. Health 38*: 754, e1-8.

CIE (1992) *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Versión 10. Clasificación Internacional de Enfermedades. Meditor. Madrid, España.

Costello J, Foley D, Angold A (2006) 10 year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 45*: 8-25.

Cruzat C, Ramírez P, Melipillán R, Marzolo P (2008) Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psykhé 17*: 81-90.

De la Barra F, García R (2009) Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes: Revisión de la literatura. *Rev. Chil. Neuropsiq. 47*: 228-237.

De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R (2012) Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado Actual. *Rev. Méd. Clín. Las Condes 23*: 521-529.

De Sousa P, Varese F, Sellwood W, Bentall RP (2014) Parental communication and psychosis: A metaanalysis. *Schizophr. Bull. 40*: 756-768.

Ferreira GS, Moreira CRL, Kleinman A, Nader ECGP, Gomes BC, Teixeira AMA, Rocca CCA, Nicoletti M, Soares JC, Bussato GF, Lafer B, Caetano SC (2013) Dysfunctional family environment in affected versus unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *Aust. N.Z. J. Psychiatr. 47*: 1051-1057.

Echeburú E, Corral P (2001) Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica. *Rev. Int. Psicol. Clin. Salud 1*: 181-204.

González M, Duarte G (2014) Terapia cognitivo-conductual y enfermería: a propósito de un caso. *Ene 8*. <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100010>

Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P (2012) Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Rev. Méd. Chile 140*: 98-107.

Krause M (2005) *Psicoterapia y Cambio. Una Mirada desde la Subjetividad*. Universidad Católica. Santiago, Chile. 360 pp.

Krause M, Altimir C, Horvath A (2011) Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clin. Salud 22*: 267-283.

Máiquez M, Blanco A, López M, Vermaes I (2000) La evaluación de la eficiencia en la intervención familiar: generalización y optimización del Programa Experiencial para Padres. *Psicothema 12*: 533-542.

Martínez J (2015) Opiniones de los profesionales sanitarios acerca de la definición de trastorno mental grave. *An. Sist. Sanit. Navarra 38*: 145-148. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000100019>

Minsal (2013) Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e-04001011f014e64.pdf>

Minsal (2017) *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Ministerio de Salud. Santiago, Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-plan-nacional-salud-mental-2017-A-2025-7-dic-2017.pdf>

Minsal (2018) *Salud Mental y Psiquiatría*. Sección salud mental Ministerio de Salud. Santiago, Chile. <https://www.minsal.cl/salud-mental/>

Orlinsky D, Ronnestad M, Willutzki U (2011) SPR collaborative research program on the development of psychotherapists. En Norcross J, VandenBos G, Freedheim D (Eds.) *History of Psychotherapy*. American Psychological Association. Washington, DC, EEUU. pp. 371-381.

Pacheco B, Lizana P, Celhay I, Pereira M (2007) Características clínicas de

- niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. *Rev. Méd. Chile* 135: 751-758.
- Pacheco B, Aránguiz C (2011) Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Rev. Chil. Neuropsiq.* 49: 69-78. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000100009>
- Painepán B, Kuhne W (2012) Efectividad según duración de la psicoterapia en un centro de atención psicológica para universitarios. *Summa Psicol.* 9: 47-52.
- Pinto B, Álvarez E (2010) Terapia breve y depresión infantil (estudio de caso) *Ajayu* 8: 87-106.
- Posada J (2013) La salud mental en Colombia. *Biomédica* 33: 497-498.
- Ramos-Lira L (2014) ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental* 37: 275-281.
- Rivera C, Bernal G (2008) La medición en el cambio psicoterapéutico: hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Rev. Puertorriq. Psicol.* 19: 223-244.
- Ruiz M, Díaz M, Villalobos A (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclee de Brouwer-UNED. Bilbao, España. 601 pp.
- Santibáñez P, Román M, Lucero C, Espinoza A, Irribarra D, Müller P (2008) Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terap. Psicol.* 26: 89-98.
- Santibáñez P, Román M, Vinet E (2009) efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria* 26: 267-287.
- Sánchez del Hoyo P, Sanz L (2005) Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: A propósito de un caso. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 95: 151-165.
- Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R (2012) Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev. Méd. Chile* 140: 447-457.
- Vicente B, Saldivia S, Pihán R (2016) Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioeth.* 22: 51-61.
- Vivanco G, Grandón P (2016) Experiencias de haber crecido con un padre/madre con trastorno mental severo (TMS). *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.* 54: 176-186.