

Evaluación de los resultados de la Terapia Cognitivo-analítica: Un Seguimiento de 4 a 8 años

George Garyfallos Psiquiatra
Aravela Adamopoulou Psiquiatra
Anastasia Karastergious Psiquiatra
Maki Voikli Psicólogo
Dimitris Zlatanov Psicólogo
Sophia Tsifida Psiquiatra

Unidad de Salud Mental Comunitaria del
distrito noroccidental de Tesalónica
Tesalónica
GRECIA

RESUMEN – Los autores estudian los resultados obtenidos en una muestra compuesta por 121 pacientes con cuadros clínicos diversos del tipo de Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos en algunos casos asociados a Trastornos de Personalidad, tras seguir una terapia cognitivo-analítica como es la CAT (Cognitive Analytic Therapy). Para ello se realizó un seguimiento de 4 a 8 años evaluándose los cambios mediante la MMPI y otros cuestionarios.

Se detectaron cambios beneficiosos en la personalidad de estos pacientes, lo cual contribuyó a evitar que en muchos casos reapareciesen los síntomas psicopatológicos.

Introducción

La psicoterapia es, en general, un enfoque terapéutico eficaz que, como se ha demostrado, tiene un efecto moderadamente positivo en los pacientes (Bergin y Lambert 1978, Lambert 1983). En un estudio sobre psicoterapia Smith *et al.* (1980) señalaron que el tipo de persona que asistía a las sesiones de psicoterapia gozaba de una posición económica superior al 85% de los pacientes que no recibían este tratamiento.

Durante las últimas décadas, se ha desarrollado una serie de técnicas breves de psicoterapia que cada vez son más populares, de hecho, numerosos informes clínicos han subrayado su eficacia, al menos en lo que a grupos específicos de pacientes se refiere (Kaplan y Sadock 1994).

La Terapia Analítica Cognitiva (CAT) es una psicoterapia breve, desarrollada por Anthony Ryle (Ryle 1982, 1990, 1995) a finales de los años 70, que integra tanto en la teoría como en la práctica, conceptos y

métodos cognitivos, psicoanalíticos y del comportamiento, entre otros más. En la mayoría de los casos la CAT se desarrolla en un formato de 16 sesiones. Entre la tercera y la quinta sesión se recoge información sobre las historias de los pacientes, sobre la interacción entre el paciente y el terapeuta, así como sobre el estado del humor, los síntomas, utilizando también otros cuestionarios específicos. El más importante de ellos son los expedientes psicoterapéuticos que ayudan a los pacientes a reconocer posibles modelos repetidos de actuación y de pensamiento que les impiden vivir de forma satisfactoria. Los modelos más comúnmente repetidos, por ejemplo el manejo de problemas (PPs), están incluidos en dichos archivos de los expedientes psicoterapéuticos y divididos en tres categorías: 1) Trampas 2) Dilemas 3) Obstáculos. Con la información que se obtuvo a partir del material recogido, se procedió, entre las sesiones cuarta y sexta a la reformulación, escrita y en forma de diagramas, constituyéndose ello en el “andamiaje” de la terapia.

La reformulación se centra en la forma de pensar, actuar, sentir y evaluar del paciente lo que le hace caer en comportamientos perjudiciales e inefectivos. Además, se definen los objetivos específicos, como por ejemplo, los problemas diana (TPPs). El resto de las sesiones se dedica al reconocimiento de estos TPPs mediante diarios y otras formas de autocontrol. También se detectan cuando aparecen en el curso narrativo que se produce durante la terapia y en el contexto de la relación entre el terapeuta y el paciente. Una vez que se ha conseguido la identificación y la autorreflexión profunda unidas a la experiencia de una relación explícita, no concluyente con el terapeuta, se irá avanzando en el desarrollo de nuevos procedimientos. En la décimo sexta sesión, el paciente y el terapeuta intercambian “cartas de despedida”

que, en realidad son una evaluación de la terapia. La experiencia con un amplio número de pacientes indica que la CAT es una intervención psicoterapéutica segura para un gran número de pacientes. Tan sólo se excluye a los psicóticos y a los pacientes con abuso o dependencia a sustancias tóxicas (Ryle 1982, 1995).

La eficacia de una determinada técnica psicoterapéutica se demuestra mediante la evaluación de los resultados. Existen muchos estudios que demuestran la efectividad de las distintas psicoterapias breves (Mohl 1994) sin embargo son muy pocos los que se ocupan del resultado de la CAT, sobre todo al investigar a grupos concretos de pacientes (Bosley *et al.* 1992, Cowmadow 1994).

Además en estos estudios tan sólo se realizó una evaluación al final de la terapia, por ejemplo, tres meses después del final de ésta. La duración del seguimiento es un elemento muy importante, especialmente en las psicoterapias breves (Kolotkin y Johnson 1983). Se ha sugerido que las valoraciones repetidas son la mejor manera de calcular los cambios conseguidos mediante una intervención psicoterapéutica (Kolotkin y Johnson 1983, Elliot 1995). Hay pocos estudios que se encarguen de investigar los resultados terapéuticos varios años después de que finalizara la terapia. En un estudio anterior, descubrimos que la CAT es una terapia breve efectiva para pacientes con varios diagnósticos psiquiátricos (Garyfallos *et al.* 1998).

Este estudio tiene como objetivo investigar los resultados de la CAT en una muestra de pacientes que presentan diferentes problemas psicológicos y con una valoración repetida poco antes de finalizar y bastante tiempo después de que terminase la terapia.

Método

El estudio fue llevado a cabo por la Unidad de Salud Mental Comunitaria del distrito noroccidental de Tesalónica. El centro tiene un sistema de admisión estándar que incluye la entrevista así como la realización de varios tests psicométricos seguidos por una reunión en donde se establece el diagnóstico y se decide el tipo de tratamiento. Estos diagnósticos se llevan a cabo según los criterios DSM-III-R y DSM-IV. De hecho, se prepara a todo el personal científico del centro que está implicado en las entrevistas para utilizar este sistema. Uno de los tests psicométricos más utilizados es el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), que fue completado en el momento del ingreso por aquellos pacientes que, al menos habían alcanzado un nivel medio de educación. Asimismo, se llevaron a cabo las adaptaciones necesarias para que el test pudiese ser utilizado en Grecia (Manos 1985).

Aquellos pacientes a los que se les aconsejó seguir una CAT en el momento del ingreso volvieron a ser valorados dos meses, un año y, finalmente cuatro años después de que terminara la terapia. El tercer seguimiento se llevó a cabo en el curso de un periodo comprendido entre los cuatro y ocho años después de que los pacientes hubieran finalizado su terapia. El seguimiento incluía: 1) Una entrevista con un terapeuta con experiencia en la CAT que continuó tratando al paciente en el primer y segundo seguimiento, siendo otro terapeuta del centro el encargado del tercero. Durante esta entrevista, el paciente y el terapeuta también completaron un cuestionario tras la terapia (Ryle y Ansari 1988, comunicación personal), diseñado éste especialmente para una evaluación de la CAT post-terapia. Las preguntas que se han utilizado en este estudio se refieren a los siguientes aspectos: a) Descubrir si el

paciente podía recordar qué problemas le hicieron recurrir a la terapia, b) Qué había aprendido durante la terapia, por ejemplo la reformulación, c) Si lo que el paciente había aprendido le había resultado útil. Las puntuaciones que se obtienen con cada una de estas preguntas van de 0 = sin correspondencia con problemas/reformulación o sin utilidad a 3 = correspondencia completa o muy útil, d) Si los pacientes encontraron algunos de los aspectos básicos de la CAT, tales como el autocontrol, los diarios, hojas de valoración, la relación con el terapeuta o el hecho de que las sesiones con el terapeuta tuviesen un tiempo límite. Estas preguntas se puntuaron de 1 = muy poco útil a 5 = muy útil, e) Si creían que necesitaban seguir con la terapia o no. 2) Después, se les pedía que completaran el MMPI como lo habían hecho en el momento del ingreso.

El grupo de pacientes que había abandonado el tratamiento y el de pacientes que lo habían completado pero no habían acudido a la cita de valoración a los dos meses, fueron estudiados y comparados con aquellas personas que habían completado la terapia y asistieron tanto a la segunda valoración de los 2 meses y de 4-8 años/ en el intervalo entre el 4º y el 8º año, teniendo en cuenta las características demográficas, los diagnósticos psiquiátricos y las puntuaciones de la pre-terapia MMPI. De forma parecida, los pacientes que asistieron tanto a la cita de seguimiento de los 2 meses y de 4-8 años fueron comparados con aquellos que asistieron a la cita de seguimiento de 2 meses pero no a la de 4-8 años según las puntuaciones de la pre-terapia MMPI y del cuestionario post-terapia tras los 2 meses. La terapia fue llevada a cabo por 9 psicoterapeutas diferentes: 3 psiquiatras, 2 médicos residentes de psiquiatría, 2 psicólogos y 2 trabajadores sociales. De los profesionales arriba mencionados, 2 eran terapeutas expertos en la

CAT, 3 se estaban formando en el la CAT y los 4 restantes en prácticas, estaban tratando a algunos pacientes y después se habían convertido en terapeutas CAT

Resultados

Se eligió una muestra compuesta por 121 pacientes entre el mes de junio de 1989 al de junio de 1993. 11 de ellos (el 9%) no acudieron a la primera sesión y 16 (el 14,5%) abandonaron. 80 de los 94 pacientes (el 85%) asistió al seguimiento de los 2 meses. 16 pacientes solicitaron continuar con la terapia y 11 la recibieron. 9 de ellos recibieron más sesiones CAT y a los dos restantes se les aconsejó otro tratamiento diferente como la psicoterapia de apoyo. 3 de los pacientes que solicitaron continuar con la terapia pero no la recibieron acudieron a la siguiente valoración al año para constatar su recuperación y 2 de ellos no fueron. De los 92 pacientes que se esperaba que realizaran una revisión al año, acudieron 59 (el 64%) y 33 (el 36%) no lo hicieron. Ninguna de las personas que acudieron a la cita solicitaron

continuar con la terapia. A los 4-8 años acudieron 47 (el 52%) de los 91 pacientes (1 paciente había muerto durante este periodo de tiempo). De las 44 personas que no habían acudido al tercer seguimiento, 12 (el 13%) se negaron a asistir por varias razones, como por ejemplo que la terapia no les había ayudado, se encontraban bien y no querían volver a hablar de “problemas antiguos y olvidados” o simplemente se limitaban a cancelar su cita. No se pudo localizar a los 32 pacientes restantes (el 35%). De los 47 pacientes que asistieron a la valoración de los 4-8 años, 4 solicitaron continuar con la terapia. 2 de ellos iniciaron un nuevo ciclo de sesiones CAT y los 2 restantes solicitaron farmacoterapia exclusivamente. Es importante mencionar que estos 2 pacientes habían recibido farmacoterapia por psiquiatras privados al final de sus sesiones CAT.

La tabla I muestra las características demográficas de los 47 pacientes que fueron reevaluados a los 4-8 años y en la tabla II se encuentran sus diagnósticos psiquiátricos DSM-III-R. La mayoría son mujeres, casadas y con una formación media. Los diagnósticos Axis I más frecuentes fueron los Trastornos de Ansiedad (sobre todo ataque de pánico) y

Tabla I
Características demográficas de la muestra (N = 47)

	N	%
Sexo		
Masculino	11	24
Femenino	36	76
Edad (años)	32,2 ± 9,4	
Educación		
< Colegio	14	30
Instituto	19	40
Universidad	14	30
Estado civil		
Soltero	16	34
Casado	26	55
Divorciado	5	11

Tabla II
DSM - III - R diagnósticos psiquiátricos de la muestra (N = 47)*

	N	%
Trastornos del humor	24	51
Depresión mayor	13	28
Distimia	12	26
Depresión NOS	2	4
Trastornos de ansiedad	26	55
Pánico ± AGF	21	45
GAD	4	8
Fobia social	4	8
Fobia simple	5	11
Obsesivo - compulsivo	2	4
Trastornos somatomorfos	6	13
Trastornos de adaptación	3	6
Códigos V	6	13
Eje I (total)	44	94
Trastornos de personalidad (Eje II)	27	57
Histriónico	8	17
Borderline	10	21
Narcisista	1	2
Dependiente	6	13
Conductas de evitación	5	11
Obsesivo Compulsivo	4	8
Pasivo Agresivo	2	4
Autocontrolado	2	4

(*) Algunos pacientes recibieron múltiples diagnósticos en ambos ejes.

Tabla III
Puntuaciones MMPI antes de CAT y a los 2 meses de seguimiento (N = 38)

	Ingreso	2-meses
Hs***	65,7 ± 11,2	56,8 ± 12,2
D***	65,3 ± 10,8	51,1 ± 12,7
Hy**	63,4 ± 11,0	57,2 ± 12,4
Pd*	57,4 ± 9,2	53,2 ± 9,1
Mf	46,7 ± 11,8	46,5 ± 10,4
Pa***	59,3 ± 10,3	51,0 ± 10,1
Pt***	64,9 ± 8,7	52,0 ± 11,9
Sc***	59,3 ± 10,6	50,3 ± 11,1
Ma	50,7 ± 8,1	49,7 ± 7,8
Si***	55,2 ± 12,0	47,3 ± 10,0
Sum***	587,4 ± 79,0	515,1 ± 77,2
A***	61,8 ± 9,9	51,7 ± 12,0
Es***	41,3 ± 8,9	51,5 ± 10,6
Dy***	60,4 ± 9,7	51,5 ± 11,7
Mas***	63,0 ± 9,8	52,7 ± 11,9
Soc***	59,0 ± 11,8	51,7 ± 9,1
Mor***	62,1 ± 9,9	52,0 ± 11,3
Hos**	54,4 ± 10,5	48,5 ± 12,0
D1***	65,1 ± 10,9	50,3 ± 11,2
Dep***	61,9 ± 10,5	50,5 ± 10,3
K**	50,9 ± 9,7	56,3 ± 11,2
L	52,2 ± 10,7	52,2 ± 9,0

(*) p < 0,05, (**) p < 0,01, (***) p < 0,001. Test para datos apareados, df: 37.

los Trastornos Depresivos (principalmente Depresión Mayor de gravedad moderada o media y Distimia). Muchos pacientes tenían más de un diagnóstico en el eje I mientras que la mayoría de ellos (el 57%) habían sido diagnosticados de Trastorno de la Personalidad (Eje II) como diagnóstico único o adicional. Ninguno de los pacientes recibió medicación durante la terapia y a aquellos que tomaban algún medicamento antes de empezar el tratamiento se les pidió que la dejaran en las primeras 2-3 sesiones.

Los pacientes que no completaron la terapia (N = 16) así como aquellos que no asistieron al seguimiento a los 2 meses (N = 14) no se diferenciaban significativamente ($p > 0,05$) teniendo en cuenta las características demográficas y los diagnósticos psiquiátricos de los 47 pacientes que finalizaron la terapia y asistieron tanto al primer como al

tercer seguimiento. La tabla III incluye las puntuaciones MMPI T de aquellos pacientes que tenían un nivel apropiado de educación, que habían completado el test y éste era válido en el momento en que se produjo el ingreso y en la valoración realizada a los 2 meses. Las escalas MMPI estaban compuestas por todas las escalas clínicas, la suma de las escalas clínicas, la validez de las escalas L y K y algunas de las escalas de investigación tales como la A (Ansiedad), la D (Dependencia), la Mas (Manifestaciones ansiosas), la Soc (Inadaptación social), la Mor (Moral pobre), la Hos (Hostilidad), la DI (Depresión subjetiva), la Dep (Depresión) y la Es (Egocentrismo), la única de escalas clínicas y de investigación para las que puntuaciones altas significan un mejor estado psicológico. En general, los pacientes mostraron una mejoría estadísticamente significativa en todas las escalas tanto clíni-

Tabla IV
Puntuaciones MMPI antes de CAT y al año de seguimiento (N = 38)

	Ingreso	1-año
Hs**	65,7 ± 11,2	54,0 ± 11,8
D**	65,3 ± 10,8	49,4 ± 12,9
Hy**	63,4 ± 11,0	53,6 ± 12,9
Pd*	57,4 ± 9,2	52,3 ± 9,7
Mf	46,7 ± 11,8	45,8 ± 10,9
Pa**	59,3 ± 10,3	50,6 ± 10,5
Pt**	64,9 ± 8,7	52,3 ± 12,7
Sc**	59,3 ± 10,6	50,6 ± 11,8
Ma	50,7 ± 8,1	49,3 ± 8,4
Si**	55,2 ± 12,0	46,4 ± 11,0
Sum**	587,4 ± 79,0	504,2 ± 80,3
A**	61,8 ± 9,9	51,6 ± 11,9
Es**	41,5 ± 8,9	52,5 ± 11,0
Dy	60,4 ± 9,7	51,1 ± 10,3
Mas**	63,0 ± 9,8	52,0 ± 12,4
Soc**	59,0 ± 11,8	51,1 ± 9,1
Mor**	62,1 ± 9,9	51,4 ± 11,6
Hos*	54,4 ± 10,5	49,0 ± 10,7
DI**	65,1 ± 10,9	49,5 ± 11,1
Dep**	61,9 ± 10,5	49,4 ± 10,4
K*	50,9 ± 9,7	56,4 ± 11,8
L	52,2 ± 10,7	51,7 ± 11,9

(*) $p < 0,01$, (**) $p < 0,001$. Test para datos apareados, df: 37.

Tabla V
Puntuaciones MMPI antes de CAT y a los 4-8 años de seguimiento (N = 38)

	Ingreso	4-8 años
Hs**	65,7 ± 11,2	54,3 ± 13,7
D**	65,3 ± 10,8	49,6 ± 12,4
Hy**	63,4 ± 11,0	53,7 ± 11,8
Pd*	57,4 ± 9,2	52,4 ± 9,1
Mf	46,7 ± 11,8	46,0 ± 10,9
Pa**	59,3 ± 10,3	50,1 ± 11,7
Pt**	64,9 ± 8,7	51,7 ± 13,5
Sc**	59,3 ± 10,6	50,3 ± 12,2
Ma	50,9 ± 8,1	50,0 ± 9,1
i**	55,2 ± 12,0	46,2 ± 12,5
Sum**	587,4 ± 79,0	504,1 ± 83,0
A**	61,8 ± 9,9	50,2 ± 11,8
Es**	41,5 ± 8,9	52,3 ± 12,0
Dy**	60,4 ± 9,7	48,4 ± 11,5
Mas**	63,0 ± 9,8	50,9 ± 12,6
Soc**	59,0 ± 11,8	50,7 ± 9,6
Mor**	62,1 ± 9,9	51,0 ± 11,2
Hos*	54,4 ± 10,5	48,8 ± 10,9
Dl**	65,1 ± 10,9	49,3 ± 13,1
Dep**	61,9 ± 10,5	49,4 ± 11,1
K**	50,9 ± 9,7	56,5 ± 12,2
L	52,2 ± 10,7	53,0 ± 11,8

(*) p < 0,01, (**) p < 0,001. Test para datos apareados, df: 37.

Tabla VI
Puntuaciones del MMPI durante el seguimiento a los 2 meses, al año y a los 4-8 años (N = 38)

	2-meses	1-año	4-8 años
Hs	56,8 ± 12,2 ^{a,b}	54,0 ± 11,8	54,3 ± 13,7
D	51,1 ± 12,7	49,4 ± 12,9	49,6 ± 12,4
Hy	57,2 ± 12,4 ^{a,b}	53,6 ± 12,9	53,7 ± 11,8
Pd	53,2 ± 9,1	52,3 ± 9,7	52,4 ± 9,1
Mf	46,5 ± 10,4	45,8 ± 10,9	46,0 ± 10,9
Pa	51,0 ± 10,1	50,6 ± 10,5	50,1 ± 11,7
Pt	52,0 ± 11,9	52,3 ± 12,7	51,7 ± 13,5
Sc	50,3 ± 11,1	50,6 ± 11,5	50,3 ± 12,2
Ma	49,9 ± 7,8	49,3 ± 8,4	50,0 ± 9,1
Si	47,3 ± 10,0	46,4 ± 11,0	46,2 ± 12,5
Sum	515,5 ± 77,0	504,2 ± 80,3	504,1 ± 83,0
A	51,7 ± 12,0	51,6 ± 11,9	50,2 ± 11,8
Es	51,5 ± 10,6	52,5 ± 11,0	52,3 ± 12,0
Dy	51,5 ± 11,7 ^b	51,1 ± 10,3 ^c	48,4 ± 11,5
Mas	52,7 ± 11,9	52,0 ± 12,4	50,9 ± 12,6
Soc	51,7 ± 9,1	51,1 ± 9,1	50,7 ± 9,6
Mor	52,0 ± 11,3	51,4 ± 11,6	51,0 ± 11,2
Hos	48,5 ± 12,0	49,0 ± 10,7	48,8 ± 10,9
Dl	50,3 ± 11,2	49,5 ± 11,1	49,3 ± 13,1
Dep	50,5 ± 10,3	49,4 ± 10,4	49,4 ± 11,1
K	56,3 ± 11,2	56,4 ± 11,8	56,5 ± 12,2
L	52,2 ± 9,0	51,7 ± 11,9	53,0 ± 11,8

(a) p < 0,05 mayor puntuación que el año de seguimiento, (b) p < 0,05 mayor puntuación que a los 4-8 años de seguimiento, (c) p < 0,05 mayor puntuación que a los 4-8 años de seguimiento. Comparación estadística entre grupos mediante el t-test, df: 37.

cas como de investigación excepto en dos (Mf, Ma). Las tablas IV y V presentan las puntuaciones MMPI T de los pacientes que asistieron a la sesión de seguimiento de 1 año y la de 4-8 respectivamente comparadas con las puntuaciones obtenidas en el momento del ingreso. Se apreció una importante mejoría en las mismas escalas como sucede en la tabla anterior. Los pacientes que abandonaron los tratamientos (N = 13) al igual que aquellos que no asistieron a las de seguimiento del segundo mes (N = 11) no mostraron diferencias importantes con respecto a aquellos que habían completado la terapia y asistieron al menos a la primera y tercera sesiones de seguimiento (N = 38) según las puntuaciones preterapia del MMPI ($p > 0,05$). La tabla VI incluye la comparación de las puntuaciones MMPI en las tres evaluaciones realizadas. Como se

puede ver en los dos últimos seguimientos, los pacientes consiguieron mejores puntuaciones en la mayoría de las escalas MMPI, alcanzando significación estadística en dos de ellas (Hs y Hy) si las comparamos con las puntuaciones obtenidas a los dos meses. Además, en el seguimiento de 4-8 años, los pacientes obtuvieron mejor puntuación en la escala Dy con respecto a la puntuación obtenida, tanto en el seguimiento del segundo mes como en el de 1 año.

Los pacientes que asistieron al control del seguimiento del segundo mes pero no así al de 4-8 años, ya fuera porque no quisieron asistir (N = 8) o porque no pudieron ser localizados (N = 20), no se diferenciaron de aquellos otros que asistieron a ambos seguimientos (N = 38), según las puntuaciones MMPI del segundo mes (tabla VII). Esta tabla describe las puntuaciones de las pre-

Tabla VII

Puntuaciones del MMPI a los dos meses con respecto a los que acudieron a la evaluación de los 4-8 años y los que no

	Evaluados (N = 38)	No evaluados (N = 28)	
		Rechazaron (N = 8)	No localizados (N = 20)
Hs	56,8 ± 12,2	59,1 ± 7,5	57,5 ± 13,2
D	51,1 ± 12,7	53,2 ± 10,0	54,0 ± 13,7
Hy	57,2 ± 12,4	56,5 ± 7,5	58,9 ± 11,5
Pd	53,2 ± 9,1	51,0 ± 7,7	54,0 ± 10,4
Mf	46,5 ± 10,4	45,7 ± 12,0	46,1 ± 12,3
Pa	51,0 ± 10,1	51,5 ± 7,1	49,1 ± 10,4
Pt	52,0 ± 11,9	55,1 ± 7,4	52,7 ± 11,2
Sc	50,3 ± 11,1	50,8 ± 8,2	50,7 ± 10,8
Ma	49,7 ± 7,8	46,8 ± 6,3	48,1 ± 7,9
Si	47,3 ± 10,0	50,4 ± 8,1	47,9 ± 9,4
Sum	515,1 ± 77,2	520,1 ± 67,3	519,0 ± 80,4
A	51,7 ± 12,0	55,0 ± 8,9	55,2 ± 10,5
Es	51,5 ± 10,6	48,7 ± 7,8	49,7 ± 10,7
Dy	51,5 ± 11,7	53,5 ± 6,7	53,5 ± 10,5
Mas	52,7 ± 11,9	57,0 ± 8,5	56,2 ± 10,4
Soc	51,7 ± 9,1	56,5 ± 8,2	54,3 ± 10,8
Mor	52,0 ± 11,3	51,4 ± 8,4	52,8 ± 11,0
Hos	48,5 ± 12,0	48,1 ± 6,6	50,5 ± 10,0
D1	50,3 ± 11,2	54,2 ± 8,1	53,2 ± 11,3
Dep	50,5 ± 10,3	54,6 ± 7,2	52,4 ± 12,1
K	56,3 ± 11,2	56,2 ± 6,4	56,4 ± 9,3
L	52,2 ± 9,0	51,5 ± 10,7	50,8 ± 7,4

Comparación estadística entre grupos pareados con el t-test de student. No existen diferencias estadísticas.

Tabla VIII
Puntuaciones del cuestionario tras la terapia (N = 47)

	2-meses	1-año	4-8 años
1. Presentaron problemas	2,8 ± 0,5	2,8 ± 0,5	2,8 ± 0,5
2. Correspondencia con reformulación	2,4 ± 0,7	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,9
3. Útil o no*	2,5 ± 0,5	2,8 ± 0,4	2,8 ± 0,6
4. Útil o no			
a. Archivo de psicoterapia	3,9 ± 1,0	4,0 ± 1,0	4,0 ± 0,9
b. Automonitorización*	4,0 ± 0,9	4,3 ± 1,0	4,4 ± 0,9
c. Diariamente	3,5 ± 1,1	3,5 ± 1,0	3,6 ± 1,1
d. Puntuaciones	3,9 ± 0,9	4,0 ± 1,0	3,9 ± 1,0
e. Relación con el terapeuta	4,5 ± 0,6	4,7 ± 0,6	4,6 ± 0,7
f. Tiempo limitado*	3,8 ± 0,8	4,1 ± 0,9	4,2 ± 0,8

Comparación estadística con el test Wilcoxon para datos apareados, (*) $p < 0,05$ 2-meses - 1-año
(*) $p < 0,05$ 2-meses - 4-8 años. N.S. 1-año - 4-8 años.

guntas del cuestionario post-terapia en los seguimientos del segundo mes, al año y a los 4-8 años. Así, los pacientes de los dos últimos seguimientos lograron mejores puntuaciones en la mayoría de las preguntas, alcanzando significación estadística en algunas de ellas, comparado con sus puntuaciones en el control de seguimiento del segundo mes. No se observaron diferencias importantes en ninguna de las preguntas del cuestionario post-terapia durante el seguimiento del segundo mes entre los pacientes (N = 44) que asistieron al seguimiento del segundo año pero no al de los 4-8 años y a aquellos otros que acudieron a los dos meses (N = 47).

Discusión

Los resultados de este estudio no sólo confirman las conclusiones de nuestro estudio anterior (Garyfallos *et al.* 1998) sino que también los amplían, indicando que en un servicio público de salud, los pacientes con diversidad de diagnósticos psiquiátricos muestran una mejora considerable tras recibir terapia cognitivo-analítica y, lo que es

más importante que conservan los beneficios de la terapia durante mucho tiempo, por ejemplo, entre 4 y 8 años. Además, la efectividad de la CAT en pacientes con diferentes problemas psicológicos refuerza la teoría de que la CAT es una intervención segura y apropiada y que los únicos criterios de exclusión son la existencia de trastornos psicóticos y el abuso o la dependencia de sustancias tóxicas (Ryle 1982, 1990, 1995).

En lo que al diagnóstico psiquiátrico se refiere, la muestra que se ha estudiado es representativa del tipo de pacientes que acuden al centro (Garyfallos *et al.* 1991). Según otros estudios, la mayoría de los pacientes que acuden a las consultas externas padecen trastornos depresivos o de ansiedad y, con mucha frecuencia, trastornos de personalidad (Alnaes y Torgersen 1988). La proporción de pacientes que completaron el tratamiento (el 85,5%) y la proporción de aquellos que asistieron a las sesiones de seguimiento (el 85% en el segundo mes, el 64% en el primer año y el 52% en el periodo comprendido entre el 4º y el 8º año) son considerablemente altas. Cabe destacar que no existen estudios sobre la CAT diseñados para analizar seguimientos de larga duración y que además sean repetidos. En este

sentido, hay pocos resultados en cuanto a los estudios de psicoterapia breve que se encarguen de hacer un seguimiento a los pacientes muchos años después de que la terapia haya concluido. El nuestro es uno de ellos. La proporción de personas atendidas de este estudio de seguimiento es mayor si la comparamos con otros, uno de ellos en Finlandia –con una muestra de pacientes reducida– (Leinman 1991) y otro en Inglaterra (Dunn *et al.* 1997). En este último, completó la terapia el 82% de pacientes que formaban parte de la muestra, obteniéndose diagnósticos psiquiátricos parecidos a los recogidos en nuestro estudio. Sin embargo, sólo acudió el 52% de los pacientes al único seguimiento que se llevó a cabo en un momento indeterminado, entre los tres y los seis meses después de que terminase la terapia. Esta proporción es idéntica a la que se obtuvo en este estudio, a pesar del hecho de que en nuestro caso el intervalo entre el tiempo de seguimiento y el final de la terapia era mucho más largo. Se ha dicho que es difícil obtener porcentajes altos de asistencia a las sesiones de seguimiento a partir de los 4 meses en adelante (Aveline 1995). Todo esto indica que la proporción de pacientes que asistieron a las sesiones de seguimiento en este estudio es más que satisfactorio. Es importante mencionar que en el control de seguimiento de los 4 a los 8 meses, sólo el 13% de los pacientes se negó a participar, ya fuera de forma directa o indirecta y no se pudo localizar al 35% de ellos. Este último porcentaje fue sorprendentemente alto ya que esperábamos que los movimientos de población fueran menores según los datos socioculturales del centro y propios del área de influencia. La opción de realizar reevaluaciones en diferentes intervalos de tiempo después de que la terapia haya finalizado, se sugiere dados los resultados de los estudios realizados en psicoterapia y especialmente en lo que atañe a

intervenciones psicoterapéuticas breves (Kolotkin y Johnson 1983, Elliot 1995). Los periodos de seguimiento más cortos, como por ejemplo de dos meses, pueden reflejar con más exactitud los cambios que han tenido lugar durante la terapia, mientras que los más largos reflejan mejor los tipos de cambios a largo plazo que han sido posibles gracias a los beneficios obtenidos en el curso de intervenciones psicoterapéuticas breves (Kolotkin y Johnson 1983).

El hecho de que sólo el 14% (11/80) de los pacientes fueran remitidos para continuar el tratamiento, indica que se produjo un impacto satisfactorio y que la cifra es mejor que la aportada por el estudio inglés de Dunn *et al.* (1997). Además, es importante destacar que sólo se aconsejó a dos pacientes que siguieran otro tipo de psicoterapia, mientras el resto recibió más sesiones de la CAT. Sin embargo, dado que la decisión de ofrecer un tratamiento complementario se tomaba tras la valoración del segundo mes, al igual que ocurría en el estudio inglés de Dunn *et al.* (1997), no está claro si la proporción arriba mencionada del 14% es totalmente representativa ya que había 14 pacientes (el 15%) que no asistieron a las sesiones de seguimiento.

En cuanto al método utilizado para evaluar el resultado, se consideró como el más apropiado la combinación de un test psicométrico, como el de MMPI, con la clasificación obtenida posteriormente al tratamiento por el paciente y el terapeuta utilizando una escala como la de cuestionario post-terapia (Beutler and Crago 1983). En lo que al cuestionario post-terapia respecta, permite al paciente cuantificar la utilidad de la terapia, constituyendo una aproximación excelente para valorar el resultado terapéutico (Elliot 1995, Sloane *et al.* 1977).

Respecto a la utilización del MMPI, Ber-
gin and Lambert (1978) señalaron que “nin-
guna otra medida de papel y lápiz de la psi-
copatología basada en la autoevaluación
ofrece algo mejor al investigador”. Beutler y
Crago (1983), revisando los estudios que
evaluaban los resultados de la psicoterapia,
descubrieron que la mitad de ellos utilizaron
las dimensiones MMPI. Aunque también
existen opiniones divergentes (Cartwright
1975), especialmente en lo que se refiere a
la fiabilidad test-retest de muchas de las
escalas MMPI (Gleser 1975), este test es
claramente el instrumento más conocido en
este campo de la investigación (Beutler and
Crago 1983). Se dice que las escalas D
(Depresión) Pt (Psicoastenia) y Sc (Esqui-
zofrenia) que provienen de escalas clínicas
(Garfield *et al.* 1971, Manos y Vassilopou-
lou 1984) y la suma de escalas clínicas
(Beutler y Crago 1983, Dahlstrom y Welsh
1960) parecen ofrecer validez como indica-
dores de cambio. Las mismas escalas, ade-
más de la escala Hs (Hipocondriasis) mos-
traron las mejorías más significativas en
este estudio. Es necesario señalar que la
escala Hs presentaba la elevación más acen-
tuada al principio, lo que puede deberse al
hecho de que los diagnósticos psiquiátricos
más frecuentes eran las crisis de pánico, los
trastornos somatomorfos y los depresivos,
cuadros clínicos éstos que incluyen –como
es bien sabido– quejas somáticas. Es posible
que estos hallazgos puedan atribuirse a fac-
tores culturales. La opinión, según la cual
los griegos manifiestan los problemas psi-
cológicos y de angustia mediante un “len-
guaje somático” ha sido defendida en
muchos estudios (Skinner 1965, Pillowski y
Spence 1977, Adamopoulou *et al.* 1991,
Garyfallos *et al.* 1991). Por tanto, podemos
asumir que una intervención psicoterapéuti-
ca llevada a cabo con éxito, puede suponer
una mejora significativa en la escala Hs.
Este supuesto podría ser reforzado por el

hecho de que dicha escala Hs era una de las
dos que mostraron un progreso significativo
en el control de seguimiento de 1 año, com-
parado con el del segundo mes, lo que indi-
ca que los beneficios de la psicoterapia
están consolidados (Patterson *et al.* 1977).
En cuanto a las escalas, los cambios más
notables aparecen en las dos que miden la
depresión (D1 y Dep), así como en las dos
escalas de ansiedad (A y Mas), un hallazgo
que se mantiene en concordancia con otros
estudios (Conte *et al.* 1988). También se ha
apreciado una mejora significativa en la
escala Es lo que constituye el mejor índice
de un cambio positivo tras el tratamiento
(Graham 1987) y suele incorporarse como
una medida dentro de los estudios de psico-
terapia (Beutler y Crago 1983). Haber obte-
nido una puntuación superior una vez finali-
zada la terapia, significa que el individuo
tiende a ser más equilibrado psicológica-
mente y que él o ella tienen una mayor capa-
cidad para hacer frente a los problemas y al
estrés que la vida le provoca (Graham
1987). La escala K del MMPI es una escala
de validez que mide la actitud defensiva pero,
en contra de lo que ocurre con la otra
escala L de validez del test, ésta mide defen-
sas más sutiles y maduras (Graham 1987).
Obtener una puntuación más alta tras la psi-
coterapia –si esta puntuación no supera 60
para las personas de clase media baja y de
nivel más alto dentro de la clase baja (Gra-
ham 1987)– es indicativo de una mejoría
que se refleja en el funcionamiento del suje-
to en la fuerza del mismo y en sus recursos
psicológicos (Graham 1987). Es importante
mencionar que la otra escala de validez (L)
no mostraba diferencias significativas entre
las valoraciones de la terapia anterior y pos-
terior.

El hecho de que los pacientes logran
mejores puntuaciones en muchas escalas
MMPI en los controles de los seguimientos

del primer año y a los 4-8 años comparada con las del segundo mes, es indicativo de que no sólo mantuvieron los beneficios terapéuticos conseguidos sino que los mejoraron. Resulta muy ilustrativo saber que en el último seguimiento los pacientes experimentaron una mejoría significativa, comparado ello con el control del seguimiento de un año en la escala Dy. Obtener una puntuación mejor en esa escala, indica que el individuo es más independiente, tiene más autoconfianza y no es excesivamente sensible a la reacción que otros puedan tener. Los resultados del MMPI pueden ser validados comparándolos con las preguntas del cuestionario post-terapia, en donde los pacientes obtuvieron mejores puntuaciones en los dos últimos controles de los seguimientos, al contrario de lo sucedido en los del segundo mes. Los descubrimientos arriba mencionados confirman estudios anteriores según los cuales una vez finalizada la terapia, los pacientes consolidan los beneficios obtenidos mediante un tratamiento corto y continúan mejorando, lo que les permite finalmente hacer frente a sus problemas de una forma más efectiva (Patterson *et al.* 1977, Frank 1974). La puntuación más alta obtenida en el cuestionario post-terapia para los tres tipos de seguimiento, fue para la pregunta "relación con el terapeuta", indicando con ello que esta relación, como ocurre en cualquier otro tipo de psicoterapia, es el factor más importante, al menos desde el punto de vista del paciente. Sloane *et al.* (1977) descubrió que en la terapia comportamental, los pacientes otorgan mucho más énfasis a la relación terapéutica, como herramienta útil para lograr un resultado satisfactorio, que lo que piensan los terapeutas. Finalmente, una puntuación alta en la pregunta que investiga la utilidad del límite de tiempo en la terapia según la valoración de los propios pacientes, y sobre todo teniendo en cuenta la puntuación obtenida en los dos últimos seguimientos, indica que ese objeti-

vo de tener límite de tiempo puede reforzar la motivación de los pacientes para cambiar. Esto es algo que aprecian más durante los seguimientos, en especial en aquel que se encuentra más distante del final de la terapia.

En este estudio, no encontramos ninguna característica que permitiera distinguir a los pacientes que habían terminado la terapia de aquellos otros que no lo habían hecho, ya que no existían diferencias significativas entre ambos grupos en lo que se refería a características demográficas, diagnósticos psiquiátricos y a puntuaciones del MMPI previo a la terapia. Este descubrimiento no coincide con otros estudios sobre los resultados de la CAT, según los cuales los pacientes que no habían completado los seguimientos habían obtenido puntuaciones más altas al principio en diferentes tests como el BDI (Dunn *et al.* 1997, Brockman *et al.* 1987), el GHQ y el CCI (Brockman *et al.* 1987) que los pacientes que sí habían terminado la terapia. Por el contrario, el hallazgo según el cual durante el control de seguimiento del segundo mes, los que no habían acudido no se diferenciaban mucho de aquellos de aquellos otros que sí lo habían hecho, teniendo en cuenta sus puntuaciones antes del inicio de la terapia, concuerda con los resultados obtenidos por Dunn *et al.* (1997). El haber faltado a una sesión del seguimiento, podría reflejar el deseo de abandonar tras haber pasado un momento difícil, o bien el sentirse resentido por culpa de una intervención desafortunada (Dunn *et al.* 1997). Esta última explicación se contradice con los hallazgos obtenidos en nuestro estudio, según las cuales no existían diferencias importantes entre aquellas personas que asistieron al primer y tercer control de seguimiento y aquellas otras que acudieron al primero pero no al tercero, de acuerdo con los resultados obtenidos en su MMPI y del cuestionario post-terapia durante el primer seguimiento, como por ejemplo el segundo mes. Todos estos datos indican que es difícil pre-

decir cuándo se va a producir una falta de asistencia a las sesiones de seguimiento, ya que el motivo responde a una amplia variedad de actitudes (Aveline 1995).

Este estudio tiene varias limitaciones. La más importante de ellas es la ausencia de un grupo de control, aunque aún no hay unanimidad a la hora de determinar en qué consiste un grupo de control apropiado para estas investigaciones (pacientes en la lista de espera, pacientes que no siguieron el tratamiento o bien aquellos individuos que fueron tratados con otra técnica psicoterapéutica) (Basham 1986). Hay estudios que concluyen que es difícil predecir el resultado de la psicoterapia y desde luego es poco frecuente que se pueda demostrar que existen asociaciones entre las evaluaciones pre-terapia y el resultado que sean lo suficientemente importantes como para tener algún valor clínico (Luborsky *et al.* 1980). Un buen resultado final depende de la habilidad de los pacientes para involucrarse en una relación terapéutica y para trabajar de forma productiva dentro de la estructura preferida por el terapeuta (Strupp 1980). Los impedimentos principales a esta condición no son sólo las características que dependen de los pacientes, sino también las reacciones personales del terapeuta (Strupp 1980). Además, Auerbach (1983) destaca como no existe un procedimiento que sea totalmente satisfactorio para evaluar el resultado psicoterapéutico ya que lo que llamamos el "resultado" es casi tan complejo como la vida humana. Además, Luborsky *et al.* (1975) ya sostenían que no existen pruebas suficientes de que una escuela de terapia pueda obtener mejores resultados que cualquier otra. En conclusión, y teniendo en cuenta todo lo arriba mencionado, la Terapia Cognitiva Analítica parece ser una psicoterapia breve efectiva. Es apropiada no sólo para grupos específicos de pacientes, sino también para personas que padezcan variados problemas psicológicos y

sus efectos beneficiosos suelen mantenerse durante mucho tiempo. Es un método terapéutico fiable para tratar problemas psicológicos como Trastornos Depresivos y de Ansiedad para los cuales la farmacoterapia está considerada hoy en día como un tratamiento de primer orden.

En fin, que la CAT a la par que trata estos cuadros clínicos infiere cambios beneficiosos en la estructura de la personalidad de los pacientes. Esto probablemente contribuye a que los síntomas no vuelvan a aparecer. Finalmente, es necesario hacer resaltar que la utilización de la psicoterapia supone un beneficio adicional al evitar los efectos secundarios, así como otros riesgos inherentes al consumo de drogas.

Bibliografía

ADAMOPOULOU, A., GARYFALLOS, G., BOURAS, N., *et al.* Mental health in primary care in ethnic groups. Greek Cypriots in London: A preliminary investigation. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 36: 244-251, 1991.

ALNAES, R., TORGERSEN, S. DSM - III symptom disorder (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr. Scand.*, 78: 348-355, 1988.

AUERBACH, A. Assessment of psychotherapy outcome from the viewpoint of expert observers. In: *The assessment of psychotherapy outcome*. Lambert M., Christensen E., DeJulio S. (eds), New York, John Wiley and Sons, 537-568, 1983.

AVELINE, M. Assessing the value of brief intervention at the time of assessment of dynamic psychotherapy. In: *Research foundations for psychotherapy practice*. Aveline M., and Shapiro D. (eds), New York, John Wiley and Sons, 129-150, 1995.

BASHAM, R. Scientific and practical advantages of comparative design in psychotherapy outcome research. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 54: 83-94, 1986.

BERGIN, A., LAMBERT, M. The evaluation of therapeutic outcome. In: *Handbook of psychotherapy and*

- behaviour change 2nd ed.* Garfield S., Bergin A. (eds), New York, John Wiley and Sons, 139-189, 1978.
- BEUTLER, L., CRAGO, M. Self report measures of psychotherapy outcome. In: *The assessment of psychotherapy outcome*. Lambert, M., Christensen, E., Dejulio, S. (eds), New York, John Wiley and Sons, 453-497, 1983.
- BOSLEY, K., FOSBURG, J., PARRY, D. *et al.* Psychological aspects of patient compliance in asthma. *Eur. Respir J.*, 5 (suppl. 15), 1992.
- BROCKMAN, B., POYNTON, A., RYLE, A., *et al.* Effectiveness of time limited therapy carried out by trainees: comparison of two methods. *Br. J., Psychiatry*, 151: 602-609, 1987.
- CARTWRIGHT, D. Patient self-report measures. In: *Psychotherapy change measures*. Walkof I., and Parloff M. (eds), Rockville NIMH, 94-120, 1975.
- CONTE, H., PLUTCHIK, P., PICORD *et al.* Self-report measures as predictors of psychotherapy outcome. *Compr. Psychiatry*, 29: 355-360, 1988.
- COWMEADOW, P. Deliberate self-harm and Cognitive-Analytic Therapy. *Int. J. Short-term Psychother.*, 9: 135-150, 1994.
- DAHLSTROM, M., WELSH, G. Treatment. In: *An MMPI handbook*. Dahlstrom M., and Welsh G. (eds), Minneapolis, University of Minnesota Press, 1960.
- DUNN, M., GOLYNKINA, K., RYLE, A., *et al.* A repeat audit of the Cognitive Analytic Therapy Clinic at Guy's Hospital. *Psychiatr Bull.*, 123: 165-168, 1997.
- ELLIOT, R. Therapy process research and clinical practice: Practical strategies. In: *Research foundations for psychotherapy practice*. Aveline, M. and Shapiro, D. (eds), New York, John Wiley and Sons, 49-72, 1995.
- FRANK, J. Therapeutic components of psychotherapy. A 25-year progress report of research. *J., Nerv, Ment, Dis.*, 159: 325-342, 1974.
- GARFIELD, S., PRAGER, R., BERGIN, A.N. Evaluation outcome in psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 37: 320-322, 1971.
- GARYFALLOS, G., ADAMOPOULOU, A., ALEKTORIDIS, P., *et al.* DSM III - R clinical syndromes (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Hell. Iatriki*, 57: 384-393, 1991 (in Greek).
- GARYFALLOS, G., ADAMOPOULOU, A., BOURAS, N. Psychological problems in primary care: A comparison of Greeks to Greek Cypriots and English. *Neurol Psychiatria*, 12: 70-77, 1991.
- GARYFALLOS, G., ADAMOPOULOU, A., MASTROGIANNI, A., *et al.* Evaluation of Cognitive - Analytic Therapy (CAT) outcome in Greek psychiatric outpatients. *Eur. J. Psychiatry*, 12: 167-179, 1998.
- GLESER, G. Evaluation of psychotherapy outcome by psychological test. In: *Psychotherapy change measures*. Walkof I., and Parloff M. (eds), Rockville, NIMH, 1975.
- GRAHAM, J. *The MMPI: A practical guide*, New York, Oxford University Press, 18-36, 1987.
- KAPLAN, H., SADOCK, B., GREBB, J. *Synopsis of Psychiatry 7th edition*, Baltimore, Williams and Wilkins, 824-864, 1994.
- KOLOTKIN, R., JOHNSON, M. Crisis Intervention and measurement of treatment outcome. In: *The assessment of psychotherapy outcome*. Lambert, M., Christensen, E., Dejulio, S. (eds) New York John. Wiley and Sons, 132-159, 1983.
- LAMBERT, M. Introduction to assessment of psychotherapy outcome, Historical perspective and current issues. In: *The assessment of psychotherapy outcome*. Lambert, M., Christensen, E., De Julio, S. (eds) New York, John Wiley and Sons, 139-189, 1983.
- LEINMAN, M. The Helsinki training programme for Cognitive Analytic Therapy: 1985-1988. *CAT Newsletter*, 1: 4-6, 1991.
- LUBORSKY, L., MINTZ, J., AUERBACH, A., *et al.* Predicting the outcome of the psychotherapy findings of the Penn Psychotherapy Project. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37: 471-481, 1980.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., LUBORSKY, M. Comparative studies of psychotherapies; Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Arch. Gen. Psychiatry*, 32: 995-1008, 1975.
- MANOS, N., Adaptation of the MMPI in Greece. In: *Advances in personality assessment*. Butcher J., and Spielberger C. (eds), Hillsdale, Erlbaum, 159-208, 1985.
- MANOS, N. VASSILOPOULOU, E. Evaluation of psychoanalytic psychotherapy outcome. *Acta Psychiatr. Scand.*, 70: 28-35, 1984.
- MOHL, P. Brief psychotherapy. In: *Comprehensive textbook of Psychiatry 6th edition* Kaplan, H. and Sadock, B. (eds), Baltimore, Williams and Wilkins, 1873-1882, 1994.
- PATTERSON, V., LEVENE H., BERGER, L. A one-year follow up of two forms of brief psychotherapy. *Am. J. Psychother.*, 31: 76-82, 1977.
- PILLOWSKI, I., SPENCE N. Ethnicity and illness behaviour. *Psychol Med.*, 7: 447-452, 1977.
- RYLE, A. *Cognitive - Analytic Therapy: Active participation in change, A new integration in brief psychotherapy*. New York, John, Wiley and Sons, 1990.

RYLE, A. *Cognitive - Analytic Therapy. Developments in theory and Practice*. New York, John Wiley and Sons, 1995.

RYLE, A. *Psychotherapy: A cognitive integration of theory and practice*, London, Academic Press, 1982.

SKINNER, J. Symptom and defense in contemporary Greece: a cross-cultural inquiry *J. Nerv. Ment. Dis.*, 141: 479-489, 1965.

SLOANE, R., STAPLES, R., WHIPLE, K. *et al.* Patients attitudes towards behaviour therapy and psychotherapy. *Am. J. Psychiatry*, 134: 134-137, 1977.

SMITH, M., GLASS, G., MILLER, T. The benefits of psychotherapy, Baltimore, John Hopkins University Press, 1980.

STRUPP, H. Success and failure in time limited psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37: 947-954, 1980.

Dirección para correspondencia:
George Garyfallos
Community Mental Health Centre
20 S. Papadopoulou Str
Sikies 56625
Thessaloniki
GRECIA