

CARACTERÍSTICAS DE CONSULTANTES Y PROCESO TERAPÉUTICO DE UNIVERSITARIOS EN UN SERVICIO DE PSICOTERAPIA

MÓNICA LÓPEZ HERNANDO*, WALTER KUHNE, PATRICIA PÉREZ MARINKOVIC,
PATRICIA GALLERO PARDO, OMAR MATUS PÉREZ.
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

Recibido: Abril 14 de 2010

Aprobado: Mayo 28 de 2010

Resumen

La salud mental de los estudiantes es una problemática frecuente en las instituciones de educación superior. Las demandas de atención suelen superar las horas disponibles, lo que obliga al análisis de las estadísticas del servicio para una planificación que favorezca la eficiencia del servicio. La presente investigación da cuenta de las características de los alumnos ingresados en una unidad de atención psicológica universitaria desde su creación en octubre del 2007 hasta enero 2009. Se describen datos demográficos, los motivos de consulta y diagnósticos más frecuentes, la duración de los procesos, tipos de término, entre otros aspectos que nos aportan al conocimiento de la población que estamos atendiendo. Por último, se plantean propuestas que orientan la atención futura en la unidad.

Palabras Clave: psicoterapia, estudiantes universitarios, salud mental

CONSULTANTS CHARACTERISTICS AND UNIVERSITY STUDENTS THERAPEUTIC PROCESS IN A SERVICE OF PSYCHOTHERAPY

Abstract

The mental health of students is a common problem in higher education institutions. The demand for attention often exceeds available hours, which forces more efficient planning and analysis of the service's statistics. This research describes the characteristics of students admitted to a unit of psychological attention since its creation in October 2007 until January 2009. Demographic information, the motives of consultation and more frequent diagnoses, the duration of the processes, types of terms, among other aspects that contribute us to the knowledge of the population that we are attending are described. Finally, it offers approaches that will guide future attention in the unit.

Key Words: psychotherapy, undergraduate students, mental health

INTRODUCCIÓN

El ingreso a la Universidad marca el comienzo de una etapa con múltiples desafíos para los jóvenes. Junto con una mayor autonomía, deben asumir mayores responsabilidades frente a exigencias académicas y expectativas familiares que se tienden a convertir en una fuente de presión importante (Riveros, Hernández & Rivera, 2007; Rioseco, Valdivia, Vicente, Vielma & Jerez, 1996), libertades y oportunidades que implican controlar mejor sus impulsos respecto a conductas de

riesgo como el consumo de alcohol y drogas que se incrementa en esta etapa (CONACE, 2007; Rioseco et al., 1996; Cova et al., 2007); u otras tareas del ciclo vital como el desarrollo de su sexualidad y relaciones de pareja, además de la necesidad de adaptarse e integrarse a un nuevo grupo social.

Es de considerar además que el perfil del universitario ha experimentado varios cambios, las mayores posibilidades de becas y créditos han incrementado la posibilidad que jóvenes de los grupos sociales más vulnerables de nuestro país puedan acceder a la educa-

* Mónica López Hernando. Psicóloga Departamento de Promoción de la Salud Psicológica. Universidad de Santiago de Chile. Correo: monica.lopez@usach.cl

ción superior. No obstante, el lograr mantenerse y titularse finalmente, sigue siendo un desafío. Las variables socioeconómicas y sus factores de riesgo asociados han influido fuertemente en que la tasa de titulación en Chile solo ascienda a un 39 % de los estudiantes, según cifras del CONACE (2007).

Asimismo, la situación socioeconómica carenciada de muchos estudiantes no sólo es una variable influyente en su desempeño académico sino también se constituye como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos en la salud mental, dado el contexto vulnerable en que se ven insertos, como demuestra una revisión exhaustiva de estudios realizada por Ortiz, López y Borges (2007).

En este sentido, todos los cambios que se presentan en esta etapa del ciclo vital sumados a los desafíos que implica el ingreso a la Universidad, entregan el escenario propicio para que los jóvenes, especialmente los que presentan factores de riesgo psicosociales previos, puedan manifestar diversos trastornos psicológicos, tendencia que ya ha sido reportada por diversos estudios (Cova et al., 2007; Riveros et al., 2007; Fritsch et al., 2006; Andrews & Wilding, 2004; Millings & Mahmood, 1999; Rioseco et al., 1996; Hudson & O'Regan, 1994).

Cabe mencionar también que la variable género hace una diferencia significativa en la prevalencia de los distintos tipos de cuadros presentados. Así, según diversos estudios (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2002; Manelic & Ortega, 1995), los trastornos ansiosos y depresivos se darían más entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas ocurrirían mayormente en los hombres. Así también, las mujeres tendrían más facilidad que los hombres para acercarse a servicios psicológicos a pedir ayuda (Krause, 2005).

Más allá del género, Andrews y Wilding (2004) reportan que cierto grado de ansiedad puede ser positiva para el rendimiento académico, ya que funcionaría como un motivador que prepara a los estudiantes para enfrentar las exigencias. En cambio, el rol de la depresión sería distinto en los estudiantes universitarios, pues el malestar psicológico interfiere negativamente en el rendimiento académico, ya que las funciones cognitivas se alteran sensiblemente cuando se presenta esta entidad nosológica (Manelic & Ortega, 1995).

De este modo, los múltiples estresores que aparecen asociados a esta etapa comienzan a afectar el bienestar y la salud mental de los jóvenes. Desde esta

base, el ofrecer un servicio de atención psicológica a los universitarios cobra relevancia para prevenir que diversos factores de riesgo (baja autoestima, falta de apoyo familiar, soledad, dificultades económicas, entre otros) al sumarse a estresores propios de la etapa desencadenen trastornos psicológicos que les interfieran, no solo en su rendimiento académico sino en el desenvolvimiento que tendrán en su vida en general.

Asimismo, más allá de la prevención, si las dificultades ya estuviesen, es fundamental poder brindarles un tratamiento psicoterapéutico que los ayude a recobrar el bienestar necesario para que tengan la oportunidad de cumplir de forma adecuada con las tareas que implican esta etapa del ciclo vital y en particular con los requerimientos académicos.

Otro tema relevante a considerar para poder brindar una adecuada ayuda es la adherencia al tratamiento y el problema de la deserción. En los servicios públicos se observa que alrededor de la mitad de los pacientes abandona el tratamiento antes de la octava entrevista. El 23% deserta después de la primera sesión y el 69% antes de la décima. Teniendo un rango promedio de permanencia de 6 sesiones. Según Araya, Andrade, Tapia, Molina y Dagnino (2008) en Chile no hay estudios exhaustivos de deserción, por lo que considerarlos en nuestro estudio puede ser un aporte al análisis de esta problemática.

Por este motivo, con el fin de entregar una atención psicoterapéutica de calidad para los estudiantes, nos hemos propuesto como objetivo dentro de este estudio el conocer las características de nuestros consultantes (edad, género, carrera, motivos de consulta y diagnósticos) y las que rodean al proceso terapéutico (duración, asistencia, interconsultas y tipos de término). Puesto que esta información puede ser de gran utilidad para plantearnos nuevos desafíos, desarrollar nuevas áreas o fortalecer las ya existentes para dar respuesta a sus necesidades específicas, mejorando así el servicio que se les ofrece, la adherencia al tratamiento y movilidad de la lista de espera para acceder a la atención.

MÉTODO

El estudio se realizó a través de una metodología cuantitativa, de diseño no experimental, con carácter descriptivo y un corte transversal en el tiempo. En cuanto a nuestra población, ésta correspondió a todos

los estudiantes universitarios que recibieron atención psicológica en el Departamento de Promoción de la Salud perteneciente a una Institución de Educación Superior de la Región Metropolitana, entre octubre de 2007 y enero de 2009, contabilizando un total de 431 personas. Cabe señalar que el tipo de psicoterapia no es una variable que se haya controlado, por cuanto los procedimientos de tratamiento no están estandarizados y dependen de cada terapeuta.

Procedimiento

Para organizar y analizar la información, se traspasaron a una planilla Excel los datos que se tenían ingresados en las fichas individuales, desde el comienzo del Departamento en Octubre 2007 hasta Enero 2009 (16 meses). Los datos solicitados para este estudio en particular fueron ordenados en las siguientes categorías para su posterior sistematización y análisis estadístico: sexo, edad, carrera, motivo de consulta primario, motivo de consulta secundario, diagnóstico, interconsultas realizadas (al área de psiquiatría, psicodiagnóstico, coaching, orientación académica, medicina, asistente social), número de sesiones realizadas, tipos de término de la terapia, experiencias previas con psicólogo, experiencias previas con psiquiatra, utilización de fármacos antes de la terapia y utilización de fármacos durante la terapia.

Si bien la mayoría de los aspectos recabados pudieron ser reportados por los psicólogos de forma estándar en la ficha clínica, puesto que correspondían a datos concretos e informativos que no requerían de análisis, existieron algunos para los cuales tuvimos como equipo que fijar ciertas categorías comunes, como fueron los motivos de consulta y tipos de término de la terapia.

Así, dentro de los múltiples **motivos de consulta** existentes, definimos 13 categorías que nos ayudaron a agruparlos y diferenciarlos. A continuación, se expone cada una y algunos cuadros que las integran, a modo de ejemplo:

- **Sintomatología Ansiosa:** obsesividad, crisis de pánico, somatizaciones, ansiedad generalizada, insomnio, pesadillas, etc.
- **Sintomatología Depresiva:** tristeza, desánimo, pensamientos negativos, llanto recurrente, ideación suicida, etc.
- **Duelo:** muerte de seres queridos (no pérdidas simbólicas).

- **Problemas de Identidad y Autoestima:** incluye dudas sobre su orientación sexual, bajo auto conocimiento, auto estima negativa, etc.
 - **Problemas Interpersonales:** con pares, figuras de autoridad u otras.
 - **Problemas de Pareja:** casados o solteros, incluye problemas sexuales, términos de relación, celos o dificultades pasadas o presentes con la pareja.
 - **Problemas Familiares:** ya sea con miembros de la familia nuclear o extensa.
 - **Problemas Conductuales:** incluye consumo problemático de drogas y alcohol, trastornos alimentarios, descontrol de impulsos, agresividad, cleptomanía, etc.
 - **Violencia Intrafamiliar:** psicológica o física.
 - **Abuso Sexual:** actual o pasado que aún esté afectando a la persona.
 - **Orientación y Consejería:** dudas vocacionales o peticiones de consejos simples para la vida cotidiana. Temas que no requieren proceso terapéutico sino más bien una orientación breve.
 - **Problemas Académicos y de Adaptación:** ansiedad ante el rendimiento, dificultades para asumir los cambios y exigencias de la vida universitaria, bajo desempeño, desmotivación, etc.
 - **Otros motivos de consulta:** problemas de lenguaje, neurológicos, sin motivos de consulta (vienen por derivación sin motivación propia) u otros.
- Si bien no todos los estudiantes consultan por más de un motivo de consulta, es frecuente encontrar más de una situación que los llevó a solicitar apoyo psicológico, por eso distinguimos **motivo de consulta primario y secundario**, según la importancia que le de el mismo paciente al momento de consultar y el grado de interferencia que tenga éste problema en su vida diaria.
- Respecto a los **tipos de término** del proceso terapéutico, distinguimos:
- **Deserción:** definida como aquel proceso que queda inconcluso por la inasistencia sin aviso y no solicitud de nueva hora de un alumno consultante, lo cual puede ocurrir en cualquier momento de la terapia.
 - **Alta:** se otorga cuando ambas partes (paciente y terapeuta) consideran que ya se cumplieron los objetivos de la terapia y quien consultó puede seguir adelante solo, sin ayuda profesional. Entendemos entonces alta como el logro de los objetivos pro-

puestos desde el motivo de consulta, la recuperación del bienestar perdido por parte del consultante y el acuerdo entre paciente y terapeuta para poner fin al proceso.

- **Cierre del paciente:** donde es éste quien decide no seguir en terapia, independiente de la opinión del terapeuta (quien puede considerar que la persona aún requiere apoyo profesional). Por ejemplo, un motivo frecuentemente aludido es "la falta de tiempo para destinarle a la terapia".
- **Cierre del terapeuta:** dado principalmente cuando el terapeuta considera que el paciente no cumple con el encuadre mínimo fijado desde un inicio para recibir la atención (falta de compromiso con la asistencia, puntualidad, indicaciones, etc.), cancelándosele el cupo previo aviso.
- **Derivación:** pacientes que son derivados a otros profesionales o instancias más atingentes para resolver sus inquietudes, ya que no siempre éstas requieren realmente de psicoterapia.

Es de mencionar, en cuanto a los diagnósticos realizados, que la confiabilidad de éstos se basa en la experiencia clínica y psicodiagnóstica de profesionales expertos (APA, 1995), los cuales se basaron en el sistema multi-axial DSM-IV para designarlos. Se considera también que el equipo de psicólogos del Departamento de Promoción de la Salud cuenta con reuniones clínicas semanales en las cuales puede supervisar casos en que se presenten dudas diagnósticas y así aunar criterios con el resto del equipo, además cuenta con la posibilidad de apoyarse en evaluaciones psicométricas de requerirse, aumentando así la confiabilidad de los diagnósticos asignados a cada paciente.

Definidos ya los criterios, cada psicólogo realizó el traspaso de todos los datos solicitados de sus fichas clínicas a la planilla Excel construida por los investigadores. Una vez reunidos todos los datos, los investigadores estandarizaron su formato y comenzaron a reunirse con cada uno de los psicólogos del equipo para revisar y consensuar la información requerida y así aumentar la validez del proceso de levantamiento de datos.

Cuando ya se tuvo la planilla terminada y afinada con cada uno de los psicólogos, se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos, para luego redactar y discutir los resultados obtenidos, trabajo reflejado en este artículo.

RESULTADOS

Características de los Consultantes

Desde la creación del Departamento de Promoción de la Salud, en Octubre 2007 hasta Enero 2009, se han atendido 431 alumnos en psicoterapia, de éstos 279 (64,7%) son mujeres y 152 hombres (35,3%)

Respecto a la edad de los alumnos que consultan, el 61,48 % tiene entre 18 y 22 años, 32,48% entre 23 y 27 años, 3,71 % tiene entre 28 y 31 años y el 2,32% va desde 32 años en adelante (hasta 60 años). Es de mencionar que la edad que con mayor frecuencia consultan los alumnos (moda) es de 22 años (15,32 %).

Dentro de las carreras que más solicitan atención psicológica, se destaca Psicología con un 6,03 %, seguida por Periodismo con 4,64 %, Contador Público Auditor con 3,71 %, Obstetricia y Puericultura con 3,48 % y con un 3,02 % encontramos: Tecnología en Administración de Personal, Medicina, Licenciatura en Educación en Química y Biología, Ingeniería en Alimentos e Ingeniería Civil en Obras Civiles.

Motivos de Consulta y Diagnóstico

Entre los motivos de consulta principales por los cuales los alumnos acuden a psicoterapia, se destaca la sintomatología depresiva (15,78 % de las consultas), la ansiosa (15,31 %) y los problemas familiares (14,39 %) que afectan a los alumnos y los motivan a pedir ayuda profesional (Ver Figura 1).

Si bien el motivo de consulta primario es el que más importancia le da el paciente, existen motivos secundarios por los cuales los consultantes desean recibir atención también. Dentro de éstos, se destacan los problemas familiares (18,87 %), los de identidad y autoestima (17,92 %) y la sintomatología ansiosa (11,95 %) (Ver Figura 1).

Al considerar los motivos por los cuales consultan los alumnos (Figura 2), su sintomatología, duración e intensidad, además de otros factores de su situación general, se obtienen los diagnósticos de los consultantes. Así, 17,63 % presentaría un cuadro depresivo, un 11,14 % Trastorno Adaptativo con Ansiedad, 8,82 %, un Trastorno Adaptativo Mixto (con ansiedad y estado de ánimo depresivo), un 8,35 %: Trastorno Adaptativo con ánimo depresivo, un 7,19 % presentaría Problemas de Identidad, un 5,34 % Problemas Biográfico y un 4,18%: Problemas Paterno Filiales como tema principal que los afecta.

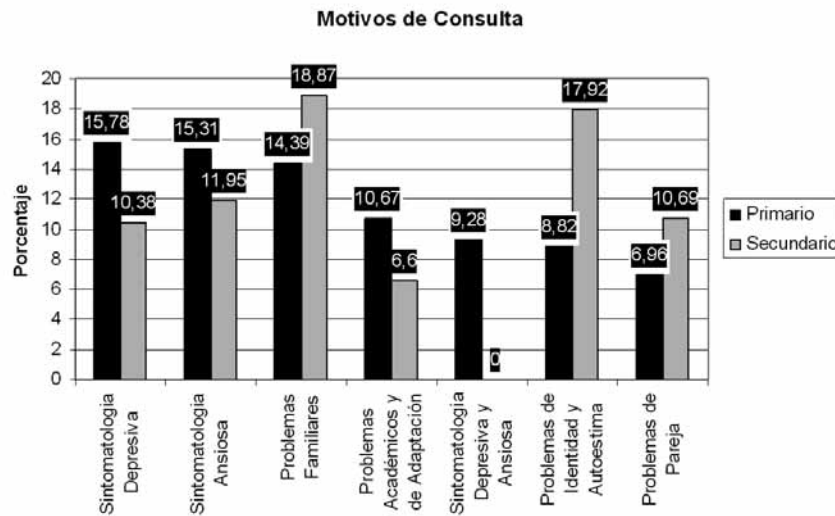


Figura 1. Motivos de Consulta Primarios y Secundarios

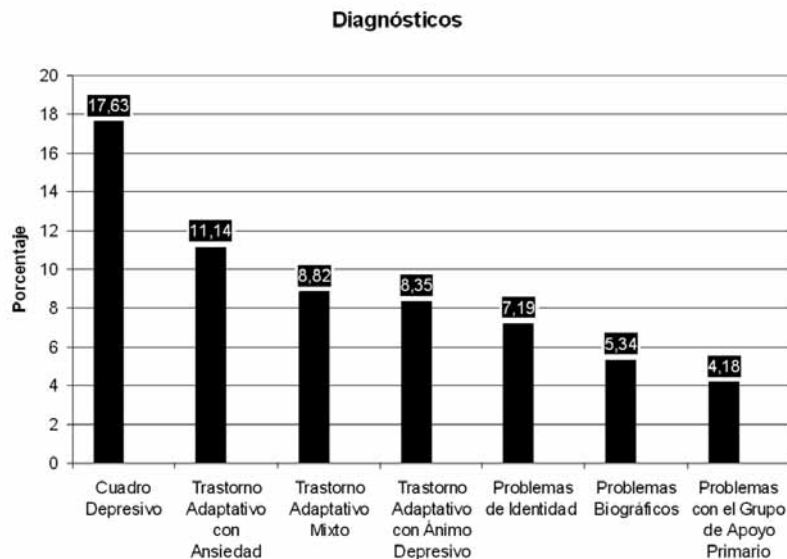


Figura 2. Diagnósticos

Características del Proceso Terapéutico

Tal como se aprecia en la Tabla 1, con respecto a la duración del proceso terapéutico, 46.4 % de los procesos terminan antes de llegar a la quinta sesión. De estos, 12.99 % de los alumnos tienen solo 1 sesión, 12.06% asistieron a 2 sesiones, el 10.21 % de los alumnos llega a la tercera sesión y el 11.14 % asiste a cuatro sesiones.

El 37.82 % de los alumnos se mantienen en su proceso terapéutico entre la quinta y la décima sesión, lo cual sumado a los datos anteriormente expuestos, refleja que el 84.22 % de las terapias terminan dentro de las primeras diez sesiones. Así, solo 15,78 % de los alumnos asiste a 11 o más sesiones dentro de su proceso terapéutico.

Tabla 1

Duración proceso terapéutico

	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 sesión	12,99	12,99
2 sesiones	12,06	25,05
3 sesiones	10,21	35,26
4 sesiones	11,14	46,4
5 sesiones	8,4	54,8
6 sesiones	7,42	62,22
7 sesiones	7,2	69,42
8 sesiones	5,8	75,22
9 sesiones	4,4	79,62
10 sesiones	4,6	84,22
11 o más	15,78	100

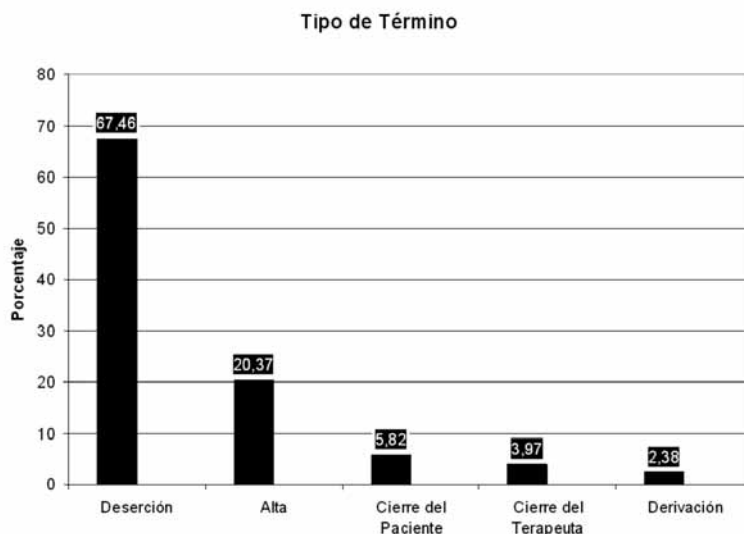
Es de mencionar, que los consultantes asisten en promedio a 7,8 sesiones dentro de un proceso terapéutico, independiente del tipo de término que éste tenga (alta, deserción u otro). Además, la frecuencia

con que asisten es quincenal, a menos que la gravedad del caso amerite sesiones semanales.

Con respecto a la asistencia, de 4.180 horas que se dieron a los alumnos consultantes, 3.400 de ellas fueron realizadas (81,34%) y 780 no se llevaron a cabo por inasistencia (18,66%). De las horas perdidas por inasistencia, los alumnos avisaron que faltarían en 230 de ellas (5,5%), perdiéndose 550 horas de atención (13,16%) sin aviso de inasistencia.

De los 431 alumnos atendidos hasta Enero 2009, 378 concluyeron su proceso (87,7 %) y 53 continuaron el 2009. Es de mencionar que existen diversos modos de concluir un proceso terapéutico, pero el principal observado en la población de 378 alumnos que cerraron el 2008 fue la deserción, la cual ocurre en un 67,46 % de todos los procesos (Figura 3).

De los 378 alumnos que cerraron su proceso, el 20,37 % logró terminar satisfactoriamente su terapia. Otros modos de poner fin al proceso, son unilaterales, como el cierre del paciente que se da en un 5,82% de los casos; el cierre del terapeuta encontrado en un 3,97%, además de un 2,38% de los pacientes que son derivados a otros profesionales o instancias más atinentes para resolver sus inquietudes.

**Figura 3.** Tipo de Término

Factores Externos que Aportan a la Psicoterapia

Cuando además de la psicoterapia, necesitamos apoyo de otras intervenciones o profesionales para poder ayudar al paciente de forma integral, realizamos interconsultas, modalidad en la cual el alumno obtiene

otra atención de forma complementaria a la terapia. Dentro de ellas, destacan las interconsultas a psiquiatra para recibir apoyo farmacológico frente a algunos diagnósticos.

Así, el 16,7% de los alumnos (72) estaba recibiendo terapia farmacológica antes de ingresar a terapia en el DPS y que el 14,1% de los alumnos (61) comenzó a recibirla durante la terapia, en su mayoría porque se realizó interconsulta psiquiátrica. Si consideramos que durante el período estudiado, el 17,4% (75) de los alumnos atendidos fue enviado a psiquiatra para que evaluara necesidad de fármacos, vemos que la cifra que finalmente recibe apoyo de medicamentos o decide consumirlos una vez recetados es menor (14,1%).

Un 6,26% de las interconsultas son a orientador académico con el fin de que el alumno reciba infor-

mación y una guía concreta respecto a cómo realizar procesos de reincorporación académica, congelar semestres, realizar retiro temporal, cambios de carrera, entre otros. Es decir, una asesoría en la dimensión administrativa del quehacer académico. Además, un 3,48 % de interconsultas son a psicodiagnóstico; un 1,85 % son enviados para recibir apoyo de coaching, el mismo porcentaje de alumnos es enviado a recibir asesoría de la asistente social. Por último en un 0,93% de los casos son enviados a solicitar hora médica para realizarse algún chequeo por temas de salud que puedan existir (Figura 4).

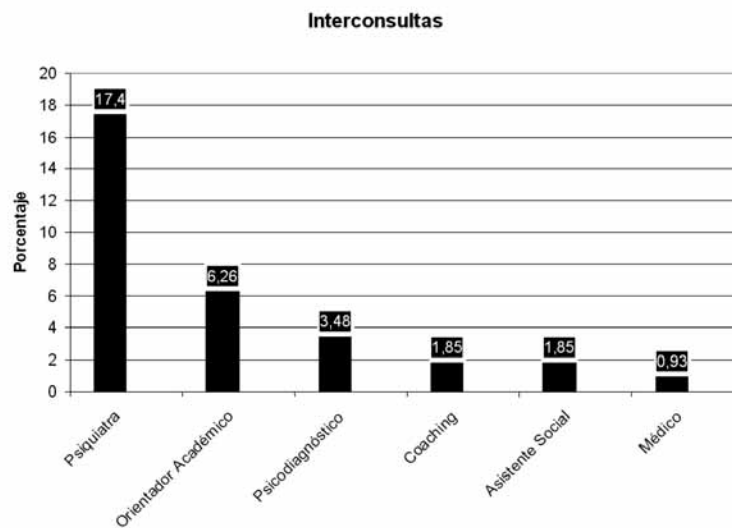


Figura 4. Interconsultas

DISCUSIÓN

Los resultados nos entregan información útil, no sólo para conocer más sobre nuestros consultantes y realizar reflexiones, sino también para proyectar intervenciones que cada vez puedan ser más acordes a las necesidades de nuestra población objetivo.

Los resultados indican que la cantidad de mujeres que consultan es el doble de varones dato que concuerda con la afirmación de Krause (2005), de que a los hombres les es más difícil solicitar ayuda profesional.

En cuanto a sus edades, se observa una mayor frecuencia de consultas a los 22 años, lo cual nos indica que en su mayoría, son alumnos que están en la fase final de su carrera universitaria quienes más buscarían un apoyo psicológico.

Si bien la carrera de la que más consultantes recibimos es psicología, es de considerar que, probablemente esto no se deba a que en ella encontraríamos la mayor cantidad de alumnos con trastornos o necesidad de ayuda psicológica, sino más bien a que por características de su formación, existe una mayor conciencia y sensibilización sobre la importancia que puede tener la psicoterapia para resolver sus temáticas en conflicto, fortalecer sus recursos personales o alcanzar cierta estabilidad emocional que les permitan estar en un estado de bienestar, lo cual los ayudaría a estar en mejores condiciones para recibir y atender pacientes, desde su práctica profesional en adelante.

Otra reflexión que nos surge al analizar los resultados, tiene relación con los motivos de consulta y los diagnósticos de nuestros consultantes, donde los cuadros depresivos superan los ansiosos, a diferencia de

otros estudios en que esta relación es inversa (más ansiedad que depresión), como el realizado por Cova et al. (2007) en la Universidad de Concepción. No obstante, es relevante destacar que ese estudio toma una muestra aleatoria de 632 alumnos de distintas carreras de la Universidad (no necesariamente son pacientes). A diferencia de nuestro estudio que considera sólo a los alumnos que llegan a consultar buscando apoyo psicológico.

Esta diferencia muestral y sus resultados, nos permiten inferir que si bien es posible que los alumnos universitarios presenten mayor sintomatología ansiosa, ésta sería minimizada en su importancia al momento de decidir si buscar o no apoyo psicológico, puesto que estaría más normalizada y aceptada la existencia de cierta ansiedad y estrés inherente a las exigencias académicas. Por este motivo, gran parte de los alumnos podrían realizar mayores esfuerzos por tolerarla de forma más autónoma. Incluso, como referían Andrews y Wilding (2004), cierto nivel de ansiedad puede resultar positivo para el rendimiento académico, ya que mantiene a los alumnos más alerta para enfrentar los desafíos que se presentan, disminuyendo por ende la necesidad de consultar a psicólogo debido a la funcionalidad del síntoma. Así, sólo cuando la intensidad de la ansiedad es muy alta y comienza a interferir en el desempeño cotidiano y el rendimiento académico, ameritaría para los jóvenes una búsqueda de ayuda profesional.

No así con la sintomatología depresiva, puesto que ésta sí les interferiría en su rendimiento académico, debido al desgano, desmotivación y baja vitalidad característica, que les haría más difícil concentrarse, asistir a clases y estudiar. Este planteamiento podría explicar por qué los alumnos buscan más apoyo psicológico cuando presentan sintomatología depresiva que ansiosa.

Por otra parte, llama la atención que si bien el consumo abusivo de alcohol y drogas se incrementa en esta etapa vital y sería reportado por diversos estudios como uno de los problemas más importantes en salud mental universitaria, los alumnos que llegan a consultar no reportan dicha dificultad de modo significativo (en nuestros datos estaría incluida junto a los problemas conductuales, que como motivo de consulta primario ocupan 3,71 % del total y como motivo secundario se incluiría dentro del 1,88% de las consultas).

El saber que el consumo problemático de alcohol y drogas puede ser una dificultad recurrente en los alumnos universitarios, pero que éstos no buscarían de forma significativa intervenciones como la psicote-

rapia para sobrellevar y superar este tema, nos entrega información valiosa para reflexionar sobre los modos en que diseñamos programas de prevención y/o tratamiento para quienes podrían estar o están afectados por esta situación. Así, la modalidad de talleres psicoeducativos podría ser una opción que convoque mayormente, lo cual debiese ser explorado como alternativa.

Por otra parte, con el fin de mejorar la adherencia, disminuir las inasistencias y facilitar la movilidad de la lista de espera, se tomó la decisión como equipo de acotar los procesos terapéuticos. Así, considerando los resultados de este estudio, donde el promedio de sesiones asistidas por nuestros consultantes es de 7,8 y el 84,21% de los procesos terapéuticos terminan dentro de las primeras diez sesiones, desde Marzo del 2010 se acotaron los procesos a un máximo de 12 sesiones (antes era ilimitada la cantidad), con frecuencia semanal y con posibilidad de prórroga si amerita (según gravedad) previa reunión clínica donde el equipo evalúe el caso.

Es de mencionar que cada consultante tiene 12 sesiones en total para ser atendido, por ende, si existen inasistencias se cuenta como parte de estas 12, lo cual podría darle mayor valor a la asistencia en un sistema de carácter gratuito para el estudiante.

Otra medida decidida por el equipo, para disminuir la lista de espera y dar mayor acceso a la atención psicológica, ha sido comenzar a ofrecer terapia de grupo, enfocada especialmente a tratar los motivos de consulta y diagnósticos más recurrentes de nuestros consultantes. Así, se diseñó el "Taller Clínico de Depresión" y el "Taller Clínico de Ansiedad", con frecuencia semanal y una duración de 8 sesiones.

Respecto a los tipos de término del proceso terapéutico, el alto número de deserciones, 67.46%, es comparable al dato reportado por Araya et al. (2008) según el cual el 69% de los pacientes desertan antes de la décima sesión. Sin embargo, se observó que una parte significativa de los alumnos que llegan a desertar, a criterio de sus terapeutas, habían logrado cumplir la mayoría de sus objetivos. El motivo de consulta estaba prácticamente resuelto y el paciente dejó de asistir próximo al alta. Probablemente cuando ya comienza a sentirse bien y deja de sentir la necesidad de ayuda, abandona el tratamiento, no pudiendo quedar registrada el alta de modo formal en la ficha. Algunas deserciones entonces no corresponderían a fracasos terapéuticos y ameritarían una clasificación distinta, por ejemplo "deserción por bienestar recobrado" o "deserción

por logro de metas”, lo cual ameritaría una revisión de nuestras categorías para próximos estudios.

Por último, es de destacar que el trabajo en red con otros servicios y posibilidades para realizar interconsultas y/o derivaciones es de gran utilidad para los alumnos atendidos en nuestra Unidad, destacando el apoyo brindado por los psiquiatras que aportan tratamiento farmacológico en los casos que se requieren, de manera paralela y complementaria a la psicoterapia.

REFERENCIAS

- APA, American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (Versión española, 4ª Edición de obra original en lengua inglesa). Barcelona: MASSON S.P.A.
- Araya, C., Andrade, G., Tapia, A., Molina, Y. y Dagnino, P. (2008) Mitos acerca de la deserción psicoterapéutica, En *Salud Mental*, (pp. 223-244) Eds. Sharif, D., Machuca, A. y Reinoso, A., Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Andrews, B. & Wilding, J. (2004) The relation of depression and anxiety to life – stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95, 509-521.
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. & Rodríguez, C. (2007) Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista Terapia Psicológica*, Vol. 25, N° 2, 105-112.
- CONACE (2007). *Construyendo contextos preventivos en Educación Superior. Orientaciones para la formulación de políticas de prevención del consumo de drogas u alcohol*. Santiago de Chile: Editorial Andros.
- Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C., González, I., Sepúlveda, R. & Rojas, G. (2006) Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 22-30.
- Hudson S, O'Regan J. (1994). Stress and the graduate psychology student. *Journal Clinical Psychology*; 50(6), 973-7.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Manelic, H. & Ortega, H. (1995) La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales plantel Aragón. *Revista Salud Mental*, 18(2), 31-34.
- Millings, E. & Mahmood, Z. (1999) Student mental health: a pilot study. *Counseling Psychology Quarterly*, 12 (2), 199-210.
- Ortiz, L., López, S., Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde*, 23 (6), 1255-1272.
- Rioseco, P., Valdivia, S., Vicente, B., Vielma, M. & Jerez, M. (1996) Nivel de Salud Mental en los estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista de Psiquiatría*, 11 (3), 158-165.
- Riveros, M., Hernández, H., Rivera, J. (2007) Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista Investigación Psicológica (Online)*, 10 (1), 91-102.
- Vicente, P., Rioseco, P., Saldívia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002) *Estudio chileno de incidencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP)*. *Revista Médica de Chile*, v. 130, n. 5, Santiago.

