

Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad

Mónica Bernaldo-de-Quirós, Francisco J. Estupiñá, Francisco J. Labrador, Ignacio Fernández-Arias,
Laura Gómez, Carmen Blanco y Pablo Alonso
Universidad Complutense de Madrid

Los objetivos del artículo son analizar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con trastornos de ansiedad, tratados en una clínica de psicología, y los resultados del tratamiento en cada uno de los trastornos de ansiedad. Se analizan los datos de 282 pacientes de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid que presentaban al menos un diagnóstico de ansiedad según criterios DSM-IV-TR. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son el trastorno de ansiedad no especificado (19,1%) y la fobia social (18,8%). Se observan diferencias significativas en función del sexo, siendo el porcentaje de mujeres significativamente superior al de hombres en todos los problemas excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo. El trastorno de ansiedad no especificado requirió un menor número de sesiones de evaluación y tratamiento, mientras que el trastorno obsesivo compulsivo requirió un mayor número de sesiones. No aparecieron diferencias significativas en porcentajes de altas y abandonos en fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo. Se discuten las diferencias entre los datos epidemiológicos y clínicos y sus implicaciones para el tratamiento.

Sociodemographic, clinical and outcome differences among anxiety disorders. The aims of this paper are to analyze differences in sociodemographic and clinical characteristics among the various anxiety disorders treated in a Psychology Clinic, and the results of treatment in each anxiety disorder. Data from 282 patients of University Psychology Clinic at the Complutense University of Madrid, who had at least one diagnosis of anxiety according to DMS-IV-TR criteria, were analyzed. The most frequent anxiety disorders were nonspecific anxiety disorder (19.1%) and social phobia (18.8%). Significant differences were observed according to sex (in all disorders, the percentage of women was significantly higher than that of men, except for obsessive-compulsive disorder). Unspecific anxiety disorder required a smaller number of assessment and treatment sessions, whereas obsessive-compulsive disorder required a greater number of sessions. There were no significant differences between the percentage of patients who completed treatment and dropout rates in specific phobia, general anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. Differences between epidemiological and clinical data are discussed.

El número de trastornos de ansiedad (TA) es elevado y probablemente ni el curso ni la recuperación de todos ellos debe ser similar. Por eso puede ser útil identificar los tipos de TA más frecuentes, sus características y las de las personas que los padecen. En la replicación de la *National Comorbidity Survey* (NCS-R) realizada en Estados Unidos (Kessler, Chiu, Dernier y Walters, 2005), los TA eran el tipo de trastornos más prevalentes (18,1%), seguida por los trastornos del estado de ánimo (9,5%), trastornos del control de impulsos (8,9%) y trastornos por consumo de sustancias (3,8%). La revisión de Somers, Goldner, Waraich y Hsu (2006) señala tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida de TA entre 10,6 y 16,6%. En España, el estudio ESEMeD (Haro et al.,

2006), que evaluó la epidemiología de los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta, encontró tasas de prevalencia-año para TA del 6,2%, superiores a las de trastornos depresivos (4,3%).

Conocer el tipo de paciente que acude en demanda de ayuda en TA, tanto en general como al considerar cada uno de forma específica, puede ayudar al diseño de programas de tratamiento más adaptados a las características de los pacientes. Los estudios epidemiológicos informan de diferencias en algunas variables sociodemográficas. En relación al género, se señala que la prevalencia-año de los TA en las mujeres es mayor que la de los hombres (Somers et al., 2006). Pero en fobia social (FS), aunque las tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida suelen ser mayores en mujeres que en hombres, hay estudios que informan de mayores tasas de prevalencia-vida en hombres (Lee et al., 1987; Hwu, Yeh y Chang, 1989; Wells, Bushnell, Hornblow, Joyce y Oakley-Browne, 1989). También en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) hay importantes oscilaciones, pues aunque en la mayoría de los estudios las tasas eran mayores para las mujeres, hay estudios que señalan tasas

mayores en los hombres (Bijl, Ravelli y van Zessen, 1998; Canino et al., 1987).

El género no es el único factor en que han aparecido diferencias. En el estudio ESEMeD-España (Haro et al., 2006) el principal factor asociado a presentar un TA era la ocupación, identificándose una mayor probabilidad de TA en las personas en baja por enfermedad, en baja maternal o desempleadas. Otros factores asociados significativos en el análisis univariante pero no en el multivariante fueron tener más de 65 años y haber estado casado en el pasado.

Los estudios referidos se han centrado en el análisis de la población general, pero es posible que aparezcan diferencias al considerar poblaciones clínicas. Wagner, Silove, Joukhador, Manicavasagar, Marnane y Kirsten (2005), en un estudio sobre las características clínicas y sociodemográficas de los 1.000 primeros pacientes que acudían a una clínica de TA en Australia, encontraron que acudían más mujeres de las que correspondían según los datos epidemiológicos. También había diferencias importantes entre los datos epidemiológicos por trastornos y la frecuencia con la que se acudía en demanda de ayuda psicológica, siendo los trastornos más frecuentes el trastorno de pánico y pánico con agorafobia (39%), el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (33%) y la FS (13%).

Más numerosos son los estudios sobre algunos TA específicos. Así, en una revisión sobre FS llevada a cabo por Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet (2003), el porcentaje de varones con diagnóstico de FS iguala o supera al de las mujeres, situándose entre un 48 y un 60%. En la mayor parte de las muestras clínicas con pacientes obsesivo-compulsivos predominan las mujeres (Rasmussen y Eissen, 1992), aunque no faltan los estudios que señalan un predominio de los hombres (Houghton, Saxon, Bradburn, Ricketts y Hardy, 2010; Warren y Thomas, 2001).

Un tercer aspecto de relevancia es identificar las variables clínicas. Tanto los estudios epidemiológicos como los clínicos informan de altas tasas de comorbilidad en los pacientes diagnosticados con TA (Kessler et al., 1994; Kessler et al., 1996; Kessler, Crum, Warner, Nelson, Schulenberg y Anthony, 1997; Kessler, Stang, Wittchen, Ustun, Roy-Byrne y Walters, 1998; Regier, Rae, Narrow, Kaelber y Schatzberg, 1998). Aunque Wagner et al. (2005) encuentran un 23% de comorbilidad, y Gaston, Abbot, Rapee y Neary (2006), en un estudio para comparar la efectividad de un programa grupal cognitivo-conductual en una unidad de investigación y en la práctica privada, informan de una menor tasa de comorbilidad en la práctica privada, si bien en la práctica privada no se diagnosticó mediante entrevista estructurada.

Por otra parte, con respecto al número de sesiones necesarias para que un tratamiento tenga éxito, la Sociedad de Psicología Clínica, División 12 APA (APA, 2006), recomienda utilizar terapias de tipo cognitivo-conductual para los TA con una duración de 12-16 sesiones para la mayor parte de los trastornos, alargándose un poco más en el caso del TAG (entre 16-20), y acortándose en el caso de las fobias específicas incluso en algunos casos a una sesión prolongada de exposición, o 3-8 sesiones de menor duración, aunque las oscilaciones son importantes según el tipo de fobia específica.

Los objetivos del presente trabajo son: (1) analizar las diferencias en características sociodemográficas y clínicas entre los distintos tipos de TA; (2) analizar las diferencias en el número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento entre los distintos tipos de TA; (3) analizar la diferencia en el resultado del tratamiento entre los distintos tipos de TA; y (4) comparar la tasa de éxitos y abandonos para cada uno de los trastornos.

Método

Participantes

282 pacientes que demandaron ayuda psicológica en la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM (CUP-UCM) y que presentaban al menos un diagnóstico de ansiedad según los criterios DSM-IV-TR. Las características de la clínica y de los terapeutas están descritas en Labrador, Estupiñá y García-Vera (2010).

Como puede observarse en la tabla 1, la mayoría de los participantes eran mujeres (71,3%), solteros (69,9%), tenían una edad media de 29,7 años y no vivían solos (92,8%). La mayoría tenía un alto nivel educativo, con estudios universitarios (59,1%) o secundarios (34,9%). El 47,5% eran estudiantes y el 41,5% estaban trabajando.

Procedimiento

Del total de personas que demandaron ayuda psicológica en la CUP-UCM entre 1999 y 2010, se seleccionó a los mayores de 18 años que presentaban al menos un problema de ansiedad según criterios diagnósticos DSM-IV-TR, que habían finalizado el tratamiento y cuyos datos estuvieran codificados correctamente.

Se excluyeron los casos con diagnóstico de estrés agudo y agorafobia por haber solo 4 y 6 casos, respectivamente.

Variables e instrumentos

Sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, número de personas con las que conviven, nivel de estudios y situación laboral, obtenidas mediante cuestionario *ad hoc* aplicado al comienzo de la intervención.

Clínicas: diagnóstico (DSM-IV-TR) establecido por los terapeutas a través de entrevistas semiestructuradas y autorregistros. Además en el 73,8% de los casos la entrevista y los autorregistros fueron complementados por la administración de cuestionarios validados a tal efecto. De la misma manera fue evaluada la comorbilidad (presencia de un segundo diagnóstico), haber recibido algún tratamiento anterior, número de tratamientos anteriores y duración del problema.

De tratamiento: número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento; y resultados del tratamiento (alta / abandono) obtenidos del informe final del tratamiento realizado por el terapeuta. El alta fue establecida por el terapeuta, una vez que a su criterio se alcanzaron los objetivos preestablecidos y según los instrumentos administrados al finalizar el tratamiento. Cuando el paciente dejaba de acudir al tratamiento o éste finalizaba sin haber alcanzado los objetivos preestablecidos por el terapeuta, el caso fue consignado como abandono.

Las técnicas de tratamiento utilizadas se basaron en los tratamientos empíricamente apoyados (TEA) para los TA, siendo las más utilizadas la psicoeducación, las técnicas de desactivación, la exposición, técnicas cognitivas y técnicas para el control del diálogo interno (con un 80% de utilización de promedio). Técnicas como la solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales se utilizaron en torno al 50% de los casos.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para conocer las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de la muestra en general y en cada TA. Se analizaron las diferencias

entre los distintos TA en las variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento especificadas.

Para analizar las diferencias entre los TA en variables cualitativas (sexo, estado civil, personas que conviven en el domicilio familiar, situación laboral, nivel de estudios, comorbilidad, haber recibido un tratamiento anterior y resultados del tratamiento) se utilizó la V de Cramer, técnica no paramétrica que permite comparar las diferencias entre variables nominales con tablas de contingencia mayores de 2x2 y que presenta la ventaja de estar normalizada.

Para analizar las diferencias en variables cuantitativas (edad, número de tratamientos anteriores, duración del problema, número de sesiones de evaluación, tratamiento y seguimiento) se utilizó el ANOVA. Se comprobó la homogeneidad de las varianzas a través de la prueba de Levene, en los casos en los que la varianza de los grupos no era igual, en lugar de ANOVA se utilizó la prueba robusta de igualdad de medias de Welch para comprobar si existían diferencias significativas entre las medias. Se realizó un análisis posterior (prueba a posteriori de Tukey) para comprobar la diferencia entre todos los pares de las medias.

Para analizar las diferencias en función del sexo y resultados del tratamiento en cada uno de los TA se utilizó la prueba de chi cuadrado.

Resultados

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de los distintos TA se presentan en la tabla 1.

Como puede observarse en la tabla 1, siempre es mayor el número de mujeres, siendo significativamente superior tanto en los TA considerados de forma conjunta ($V = 0,224$, $p < 0,05$), como en cada TA específico excepto en TOC (con porcentajes muy similares, 48,4% de varones y 51,6% de mujeres) y en FS (aunque las diferencias son próximas a la significación, $\chi^2 = 3,189$; $p = .07$). No aparecen diferencias significativas en las demás variables sociodemográficas.

Características clínicas

Las características clínicas de los distintos TA se resumen en la tabla 2. No aparecieron diferencias significativas entre los distintos TA en duración del problema, comorbilidad, haber recibido un tratamiento anterior, ni en número de tratamientos previos.

Número de sesiones

Se encontraron diferencias significativas en el número de sesiones de evaluación en los distintos TA ($F_{7, 273} = 5,34$; $p < 0,001$). El trastorno de ansiedad no especificado (TANE) tenía un número significativamente menor que el TOC ($p < 0,001$), el TAG ($p < 0,01$) y la FS ($p < 0,01$). También aparecen diferencias significativas, aunque menores, entre TOC y trastorno de angustia con y sin agorafobia ($p < 0,05$), presentando el TOC mayor número de sesiones de evaluación.

Dado que en el número de sesiones de tratamiento la varianza de los distintos grupos era distinta ($F_{7, 269} = 3,59$; $p < 0,01$), se utilizó la prueba de igualdad de medias de Welch, encontrándose

Tabla 1
Características sociodemográficas de los distintos problemas de ansiedad

| n (%) | T. ang. con agorafobia 42 (14,9) | Fobia social 53 (18,8) | Fobia específica 19 (6,7) | T. ang. sin agorafobia 35 (12,4) | T. ansiedad generalizada 26 (9,2) | T. ansiedad n.e. 54 (19,1) | T obsesivo- compulsivo 31 (11) | T. por estrés postraumático 22 (7,8) | Total 281 (100) |
|----------------------|--|---------------------------|---------------------------------|--|---|----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|
| Sexo n (%)* | | | | | | | | | |
| Mujer | 32 (76,2)** | 33 (62,3) | 17 (89,5)** | 25 (71,4)* | 22 (84,6)** | 39 (72,2)** | 16 (51,6) | 17 (77,3) * | 201 (71,3)** |
| Varón | 10 (23,8) | 20 (27,7) | 2 (10,5) | 10 (28,6) | 4 (15,4) | 15 (27,8) | 15 (48,4) | 5 (22,7) | 81 (28,7) |
| Edad | | | | | | | | | |
| M(DT) | 30,3 (10,3) | 27,3 (7,9) | 34,1 (14,7) | 31,6 (12,4) | 33,3 (11,7) | 26,5 (7,4) | 28,4 (10,4) | 32,4 (12,5) | 29,7 (10,6) |
| Estado civil n (%) | | | | | | | | | |
| Solteros | 29 (69,0) | 40 (75,5) | 11 (57,9) | 21 (60,0) | 16 (61,5) | 43 (79,6) | 24 (77,4) | 13 (59,1) | 197 (69,9) |
| Casados | 12 (28,6) | 12 (22,6) | 6 (31,6) | 14 (40,0) | 10 (38,5) | 9 (16,7) | 6 (19,4) | 7 (31,8) | 76 (27,0) |
| Otros | 1 (2,4) | 1 (1,9) | 2 (10,5) | | | 2 (3,7) | 1 (3,2) | 2 (9,0) | 9 (3,2) |
| Convivencia n (%) | | | | | | | | | |
| 0 | 2 (4,9) | 1 (1,9) | 4 (21,1) | | 2 (7,7) | 5 (9,4) | 5 (16,1) | 1 (4,5) | 20 (7,2) |
| 1 | 17 (41,5) | 13 (24,5) | 4 (21,1) | 11 (32,4) | 8 (30,8) | 13 (24,5) | 3 (9,7) | 9 (40,9) | 78 (28,0) |
| 2 | 6 (14,6) | 13 (24,5) | 6 (31,6) | 6 (17,6) | 8 (30,8) | 13 (24,5) | 5 (16,1) | 5 (22,7) | 62 (22,2) |
| 3 o más | 16 (39,0) | 26 (49,1) | 5 (26,3) | 17 (50,0) | 8 (30,8) | 22 (40,7) | 18 (58,1) | 7 (31,8) | 119 (42,7) |
| Nivel estudios n (%) | | | | | | | | | |
| Primarios | 3 (7,1) | 3 (5,7) | 2 (10,5) | 3 (8,6) | 3 (11,5) | 2 (3,7) | | 1 (4,5) | 17 (6,1) |
| Secundarios | 16 (38,1) | 17 (32,7) | 7 (36,8) | 14 (40,0) | 5 (19,2) | 16 (29,6) | 12 (38,7) | 11 (50,0) | 98 (34,9) |
| Diplomados | 6 (14,3) | 8 (15,4) | 2 (10,5) | 9 (25,7) | 5 (19,2) | 15 (27,8) | 5 (16,1) | 5 (22,7) | 55 (19,6) |
| Licenciados | 17 (40,5) | 24 (46,2) | 8 (42,1) | 9 (25,7) | 13 (50,0) | 21 (38,9) | 14 (45,2) | 5 (22,7) | 111 (39,5) |
| Sit. laboral n (%) | | | | | | | | | |
| Estudiante | 19 (45,2) | 30 (56,6) | 9 (47,4) | 11 (31,4) | 10 (38,5) | 32 (59,3) | 15 (48,4) | 8 (36,4) | 134 (47,5) |
| Empleados | 17 (40,5) | 17 (32,0) | 8 (42,0) | 20 (57,1) | 14 (53,9) | 19 (35,1) | 9 (29,0) | 13 (54,6) | 117 (41,5) |
| Otros | 6 (14,3) | 6 (11,4) | 2 (10,6) | 4 (11,5) | 2 (7,6) | 3 (5,6) | 7 (22,6) | 1 (9,0) | 24 (11,0) |

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

T (trastorno), ang (angustia), n.e. (no especificado), EC (estado civil), Conviv (número de personas con las que convive), Sit laboral (situación laboral)

diferencias significativas en el número de sesiones de tratamiento empleadas en los distintos TA ($F_{7, 95,16} = 3,48$; $p < 0,01$). El TANE tenía un número significativamente menor de sesiones que el TOC ($p < 0,01$) y la FS ($p < 0,05$).

No aparecieron diferencias significativas en el número de sesiones de seguimiento entre los TA.

Resultados del tratamiento

El porcentaje de altas (70,6%) era significativamente superior al de abandonos en el total de la muestra ($\chi^2_2 = 153,85$, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en los resultados de tratamiento entre los distintos TA.

Al analizar los TA específicos aparecieron diferencias significativas entre altas y abandonos en algunos trastornos. Los TA con porcentajes de altas significativamente superiores a los de abandonos son: trastorno de angustia con agorafobia (85,7%; $\chi^2_2 = 21,42$, $p < 0,001$); trastorno de angustia sin agorafobia (77,1%; $\chi^2_2 = 10,32$, $p < 0,01$), trastorno de estrés postraumático (TEPT) (72,7%; $\chi^2_2 = 4,54$, $p < 0,05$), FS (69,8% ; $\chi^2_2 = 8,32$, $p < 0,01$) y TANE (66,7; $\chi^2_2 = 6,00$, $p < 0,05$). No se observaron diferencias significativas en porcentajes de altas y abandonos en FE, TAG y TOC.

Discusión y conclusiones

Características sociodemográficas

El perfil sociodemográfico del paciente que acude a consulta con TA sería una mujer, soltera, de unos 30 años, empleada o estudiante, con estudios universitarios y que no vive sola. Dicho perfil

coincide con el observado en otros trabajos con pacientes que acuden a consulta con todo tipo de problemas (Labrador et al., 2010; Vallejo et al., 2008).

En las características sociodemográficas solo se observaron diferencias significativas en relación al sexo. El porcentaje de mujeres al menos duplica al de hombres al considerar todos los TA en conjunto, y cada uno por separado, a excepción del TOC, donde los porcentajes casi se igualan (51,6% de mujeres). Se especula que pueden existir factores de vulnerabilidad (bioquímicos, hormonales, sociales) que expliquen esta preponderancia a los TA en la mujer, pero no se precisan factores específicos ni sus mecanismos de acción. Por ejemplo, se señala que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, y se atribuye a razones hormonales pero sin precisar el por qué (Arenas y Puigever, 2009). Es decir, no se conoce por qué las tasas de ansiedad son más elevadas en las mujeres y se sabe muy poco sobre cuáles son los factores de riesgo antecedentes. Lo que sí parece evidente es que, dada la mayor prevalencia de TA en las mujeres, se hace necesario dar especial relevancia a éstas tanto a la hora de identificar causas como de desarrollar los tratamientos.

Características clínicas

Aunque los estudios epidemiológicos señalan una mayor prevalencia de la FE no es uno de los problemas por el que más demandan tratamiento, probablemente debido a su menor interferencia con la vida cotidiana, en contraste con la FS y el TOC, trastornos que suelen ser más incapacitantes. El diagnóstico más frecuente es TANE (19,1%), seguido de cerca por FS (18,8%), aunque los más prevalentes en la población general son FE y FS (Kessler et

Tabla 2
Características clínicas y de tratamiento de los distintos problemas de ansiedad

| n (%) | T. ang. con agorafobia 42 (14,9) | Fobia social 53 (18,8) | Fobia específica 19 (6,7) | T. ang. sin agorafobia 35 (12,4) | T. ansiedad generalizada 26 (9,2) | T. ansiedad n.e. 54 (19,1) | T. obsesivo-compulsivo 31 (11) | T. por estrés postraumático 22 (7,8) | Total 281 (100) |
|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------|
| Comorbilidad n (%) | | | | | | | | | |
| No | 29 (78,4) | 40 (76,9) | 16 (88,9) | 28 (80,0) | 16 (66,7) | 42 (77,8) | 21 (70,0) | 12 (70,6) | 204 (76,4) |
| Sí | 8 (21,6) | 12 (23,1) | 2 (11,1) | 7 (20,0) | 8 (33,3) | 12 (22,2) | 9 (30,0) | 5 (29,4) | 63 (23,6) |
| Trat anteriores n (%) | | | | | | | | | |
| No | 12 (32,4) | 29 (55,8) | 8 (44,4) | 12 (34,3) | 10 (41,7) | 29 (53,7) | 9 (30,0) | 10 (58,8) | 119 (44,6) |
| Sí | 25 (67,6) | 23 (44,2) | 10 (55,6) | 23 (65,7) | 14 (58,3) | 25 (46,3) | 21 (70,0) | 7 (41,2) | 148 (55,4) |
| Nº trat. anteriores | | | | | | | | | |
| M(DT)(Rango) | 0,9 (0,8) | 0,8 (1,1) | 0,7 (0,8) | 0,9 (0,8) | 1,0 (1,3) | 0,5 (0,6) | 1,0 (0,8) | 0,5 (0,8) | 0,8 (0,9) |
| Duración problema | | | | | | | | | |
| M (DT) | 37,6 (45,2) | 39,4 (33,0) | 66,6 (90,8) | 32,2 (46,3) | 47,3 (57,1) | 32,6 (42,4) | 67,2 (95,5) | 24,5 (21,2) | 40,9 (56,1) |
| Ses. evaluación*** | | | | | | | | | |
| M(DT)(Rango) | 3,3 (1,3) | 3,8 (1,1) | 3,2 (1,0) | 3,2 (1,2) | 4,0 (1,0) | 2,9 (1,1) | 4,2 (1,2) | 3,4 (0,8) | 3,5 (1,2) |
| Ses. tratamiento** | | | | | | | | | |
| M(DT)(Rango) | 15,4 (8,9) | 16,4 (12,4) | 11,1 (6,2) | 12,4 (8,8) | 15,5 (14,3) | 9,5 (9,0) | 18,8 (13,6) | 14,6 (14,4) | 14,1 (11,2) |
| Ses. seguimiento | | | | | | | | | |
| M(DT)(Rango) | 1,3 (1,3) | 1,2 (1,6) | 1,0 (1,6) | 1,7 (2,2) | 1,4 (1,5) | 0,9 (0,9) | 1,2 (2,5) | 1,1 (0,9) | 1,2 (1,6) |
| Resultados n (%) | | | | | | | | | |
| Altas | 5 (85,7)*** | 37 (69,8)** | 12 (63,2) | 27 (77,1)** | 16 (61,5) | 36 (66,7)* | 19 (61,3) | 16 (72,7)* | 195 (70,6)*** |
| Abandonos | 31 (14,3) | 16 (30,2) | 7 (36,8) | 8 (22,9) | 10 (38,5) | 18 (33,3) | 12 (38,7) | 6 (27,3) | 83 (29,4) |

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

T (trastorno), ang (angustia), n.e. (no especificado), Comorb (comorbilidad), Trat (tratamiento), Nº Ses Eval (número de sesiones de evaluación), Nº Ses Segum (número de sesiones de seguimiento), Result (resultado del tratamiento)

al., 1994; Kessler et al., 2005; Haro et al., 2006). El TANE es una categoría residual que se utiliza cuando, habiendo síntomas de ansiedad o evitación fóbica, no se reúnen los criterios suficientes para alcanzar el diagnóstico en alguna de las otras categorías de TA. Estos resultados coinciden con los de otros estudios españoles (Caballero et al., 1999; Herrero, González, Valverde y Caballero, 2001), en que el TANE era el diagnóstico más frecuente entre los TA en población inmigrante y población general que acudía a consulta en Atención Primaria. Es de resaltar que, aunque en la mayoría de los estudios epidemiológicos y clínicos no se cita esta categoría, en aquellos que lo hacen es uno de los diagnósticos más frecuentes. Estos datos pueden señalar que muchos de los pacientes que acuden con problemas de ansiedad no llegan a cumplir criterios diagnósticos para un TA concreto, siendo por tanto más importante la descripción específica del problema que la asignación de un diagnóstico.

La tasa media de comorbilidad es relativamente baja (23,6%). A pesar de que no hay diferencias significativas entre los distintos diagnósticos, el TAG y el TOC presentan los mayores porcentajes de comorbilidad, con valores iguales o superiores al 30%. Estos porcentajes, aunque similares a los de Wagner et al. (2005), son inferiores a los informados en otros estudios, probablemente porque el empleo de entrevistas estructuradas como método de diagnóstico suelen generar más diagnósticos comórbidos que los establecidos con las evaluaciones más completas realizadas por los psicólogos clínicos (Rettew, Lynch, Achenbach, Dumenci y Ivanova, 2009).

Número de sesiones

El TANE necesitó un número significativamente menor de sesiones de evaluación que el TOC, el TAG y la FS (2,9 frente a aproximadamente 4 de media). El TOC fue el TA que requirió mayor número de sesiones de evaluación (4,2 de media).

También el TANE requirió un número significativamente menor de sesiones de tratamiento que el TOC y la FS (9,5 frente a 18,8 y 16,4 de media, respectivamente). Estos datos parecen apoyar la hipótesis de una menor gravedad en los pacientes con TANE.

Se podría, en esa misma dirección, señalar al TOC y FS como los TA más complicados, dado que requieren mayor número de sesiones de evaluación y tratamiento. Es lógico pensar, aunque solo sea una hipótesis, que esos trastornos suponen una alteración más completa de la vida de una persona que una fobia específica o un TANE. Con todo, la gran variabilidad en el número de sesiones de tratamiento entre los casos con un mismo diagnóstico dificulta la

interpretación de los resultados. Serían necesarios análisis más específicos de esta variable, pues como ya se analizó en otro trabajo (Labrador, Bernaldo de Quirós y Estupiñá, 2011), factores como el número de técnicas aplicadas, la presencia de comorbilidad y haber recibido un tratamiento anterior son más importantes a la hora de predecir la longitud del tratamiento que el diagnóstico.

Resultados del tratamiento

Los porcentajes de altas son elevados y significativamente superiores a los de abandono en el total de la muestra (70,6% frente a 29,4%), aunque no hay diferencias significativas en los resultados del tratamiento según el diagnóstico. Al analizar los porcentajes de altas en cada uno de los TA aparecen variaciones importantes. Curiosamente, los porcentajes de éxito más elevados aparecen en trastorno de angustia con agorafobia y sin agorafobia (85,7% y 77%) y TEPT (73%), pero no en TA considerados más sencillos, como FE (63%) y TANE (67%). Quizá su menor interferencia con la vida cotidiana haga que el paciente se cuestione el malestar de enfrentarse a los estímulos temidos, o incluso los costos de continuar el tratamiento, facilitando su abandono. En cualquier caso hay que estar en guardia para conseguir una adecuada eficacia en problemas considerados relativamente sencillos.

El que el TOC y el TAG tengan los porcentajes más bajos de altas, alrededor del 61%, es acorde con su consideración como problemas más complicados o generales. Los resultados terapéuticos en el tratamiento del TOC están por debajo de la media de los estudios revisados por Houghton et al. (2010). Quizá sería conveniente intensificar en este caso la frecuencia y duración de las sesiones, al menos en una primera fase del tratamiento tal y como se recomienda en otros estudios (Cruzado, 1997; Vallejo, 2001).

Este estudio no está exento de limitaciones. Probablemente las características especiales de una Clínica Universitaria de Psicología limitan, al menos en parte, la generalización de estos resultados. Pero toda Clínica de Psicología tendrá características especiales y diferenciadoras. Por eso se considera tan importante que desde otros tipos de Clínica Psicológica se presenten los resultados obtenidos a fin de seguir en esta labor de caracterización y mejora de la atención psicológica en el ámbito asistencial.

Agradecimientos

Este estudio se realizó con el proyecto PSI2009-13100 del Ministerio de Educación y Ciencia.

Referencias

- Arenas, M.C., y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3, 20-29.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. Recuperado de <http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/index.html>.
- Bijl, R., Ravelli, A., y van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Caballero, L., Fernández-Liria, A., Ramos, J.A., Gil, A., Madrigal, M., Porrás, A., Baca, E., Sáiz, J., y Agütera, L.F. (1999). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en Atención Primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Atención Primaria*, 23, 275-279.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martínez, R., et al. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Cruzado, J.A. (1997). Técnicas de intervención con pacientes obsesivo-compulsivos. *Ansiedad y Estrés*, 3, 289-318.
- Gaston, J.E., Abbott, M.J., Rapee, R.M., y Neary, S.A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.

- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Doiz, M., Alonso, J., y el Grupo ESEd-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Herrero, M., González, E., Valverde, T., y Caballero, L. (2001). Utilización del cuestionario PRIME-MD para la detección de trastornos mentales en mujeres inmigrantes iberoamericanas e hispanohablantes. *Medicina Clínica*, 117, 716-717.
- Houghton, S., Saxon, D., Bradburn, M., Ricketts, T., y Hardy, G. (2010). The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A benchmarking study. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 473-489.
- Hwu, H.G., Yeh, E.K., y Chang, L.Y. (1989). Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 136-147.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Wittchen, H.U., Abelson, J.M., McGonagle, K.A., Schwarz, N., Kendler, K.S., Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Lui, J., Swartz, M., y Blazer, D.G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., y Anthony J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- Kessler, R.C., Stang, P.E., Wittchen, H.U., Ustun, T.B., Roy-Byrne, P.P., y Walters, E.E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55, 801-808.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., y Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Labrador, F.J., Estupiná, F.J., y García-Vera, M.P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Labrador, F.J., Bernaldo de Quirós, M., y Estupiná, F.J. (2011). ¿Por qué se alargan los tratamientos psicológicos?: predictores de una mayor duración de tratamiento y diferencias entre los casos de corta y larga duración. *Psicothema*, 23, 573-579.
- Lee, C.K., Kwak, Y.S., Rhee, H., Kim, Y.S., Han, J.H., Choi, J.O. et al. (1987). The Nation wide epidemiological study of mental disorders in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 2, 19-34.
- Olivares, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa, A.I., y López-Gollo-net, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-427.
- Rasmussen, S.A., y Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kaelber, C.T., y Schatzberg, A.F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 24-28.
- Rettew, D.C., Lynch, A.D., Achenbach, T.M., Dumenci, L., e Ivanova, M. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18, 169-184.
- Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., y Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: Review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 100-113.
- Vallejo, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicothema*, 13, 419-427.
- Vallejo, M.A., Jordán, C.M., Díaz, M.I., Comeche, M.I., Ortega, J., Amor, P., y Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema*, 20, 610-615.
- Wagner, R., Silove, D., Joukhador, J., Manicavasagar, V., Marnane, C., y Kirsten, L.T. (2005). Characteristics of the first 1,000 clients attending an anxiety clinic in South West Sydney. *Australian Journal of Psychology*, 57, 180-185.
- Warren, R., y Thomas, J.C. (2001). Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: An effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 277-285.
- Wells, J.E., Bushnell, J.A., Hornblow, A.R., Joyce, P.R., y Oakley-Browne, M.A. (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part I: Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 315-326.