



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La utilidad clínica de la terapia cognitivo conductual aplicada en un centro universitario de formación de terapeutas

Gemma Balaguer Fort



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia

LA UTILIDAD CLÍNICA DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL APLICADA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DE FORMACIÓN DE TERAPEUTAS

TESIS DOCTORAL

GEMMA BALAGUER FORT

DIRECTORES

CARMINA SALDAÑA GARCÍA

ARTURO BADOS LÓPEZ

BARCELONA, SEPTIEMBRE DE 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis referentes profesionales, que además son los directores del presente trabajo, su inestimable ayuda. Una ayuda cuya magnitud ha tenido un efecto por encima de lo humana y estadísticamente estimable. En relación a este trabajo, os quiero agradecer, la valentía de permitir que salgan a la luz los lados más oscuros de aquello a lo que le dedicáis tanto rigor, profesionalidad y cariño.

Os quiero agradecer que hayáis ofrecido durante décadas la oportunidad de profesionalizarse a muchísimas psicólogas que han podido desempeñar una labor clínica y social importante. Precioso legado...

También agradeceros vuestra disponibilidad, paciencia y amabilidad conmigo, en este proyecto y siempre. Hasta ahora había crecido con vosotros como psicóloga clínica, como docente y como persona y, ahora, un pedacito más como investigadora.

Al resto de formadores, psicólogas y terapeutas en formación (pasados y presentes) de la UTC_UB, gracias por sumar en este bonito proyecto.

Gràcies als qui m'estimeu i us ho heu sentit vostre, especialment a tu Hector.

Als meus PRE... Maria i Rafa

Als meus POST... Iu i Teo

ÍNDICE

I.	GLOSARIO DE ACRÓNIMOS	6
II.	ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	8
III.	RESUMEN.....	19
IV.	ABSTRACT	21
V.	INTRODUCCIÓN	23
VI.	PARTE TEÓRICA.....	26
	CAPÍTULO 1: LA VIABILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES: LOS ABANDONOS	27
	1.1 PROBLEMAS DERIVADOS DE LOS ABANDONOS EN PSICOTERAPIA.....	28
	1.1.1 CONSECUENCIAS A NIVEL CLÍNICO	28
	1.1.2. CONSECUENCIAS A NIVEL CIENTÍFICO.....	30
	1.2 DEFINICIONES DE ABANDONO TERAPÉUTICO	32
	1.3 PORCENTAJES DE ABANDONOS OBTENIDOS EN DIFERENTES INVESTIGACIONES.....	42
	1.4 SESIONES ATENDIDAS Y MOMENTO EN QUE SE PRODUCEN LOS ABANDONOS.....	45
	1.5 MOTIVOS POR LOS QUE LOS PACIENTES ABANDONAN LA PSICOTERAPIA	53
	1.6 VARIABLES ASOCIADAS A LOS ABANDONOS	59
	CAPÍTULO 2: LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES	72
	2.1 INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS DE EFICACIA	75
	2.2 EFICACIA EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD, TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	78
	2.2.1. EFICACIA EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL	79
	2.2.1.1. EFICACIA PARA LA AGORAFOBIA Y PARA EL PÁNICO (CON O SIN AGORAFOBIA)	82
	2.2.1.2. EFICACIA PARA LAS FOBIAS ESPECÍFICAS	89
	2.2.1.3 EFICACIA PARA LA FOBIA SOCIAL	94
	2.2.1.4 EFICACIA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).....	102
	2.2.1.5 EFICACIA PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).....	109
	2.2.1.6 EFICACIA TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC).....	116
	2.2.1.7 EFICACIA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR LA SALUD (TAS)	124
	2.2.2. EFICACIA EN TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.....	129
	2.2.3. EFICACIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	137
	2.2.4. RESUMEN DE LOS DATOS DE EFICACIA PARA LOS TRASTORNOS ANTERIORES	143
	CAPÍTULO 3: LA GENERALIZABILIDAD DE LOS TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUALES.....	147
	3.1 UTILIDAD CLÍNICA: VIABILIDAD, GENERALIZABILIDAD Y EFICIENCIA.....	148
	3.2 GENERALIZABILIDAD EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD, TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	154
	3.2.1. GENERALIZABILIDAD EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD	155
	3.2.1.1. GENERALIZABILIDAD DE LA AGORAFOBIA Y DEL PÁNICO (CON O SIN AGORAFOBIA)	159

3.2.1.2. GENERALIZABILIDAD DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS	162
3.2.1.3. GENERALIZABILIDAD DE LA FOBIA SOCIAL	164
3.2.1.4. GENERALIZABILIDAD EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).....	167
3.2.1.5. GENERALIZABILIDAD EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	171
3.2.1.6. GENERALIZABILIDAD EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)	176
3.2.1.7. GENERALIZABILIDAD EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR LA SALUD (TAS).....	181
3.2.2. GENERALIZABILIDAD EN TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	184
3.2.3. GENERALIZABILIDAD EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	189
3.2.4 RESUMEN DE LOS DATOS DE GENERALIZABILIDAD EN LOS TRASTORNOS ANTERIORES.....	192
VII. PARTE EMPÍRICA.....	195
CAPÍTULO 4: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	196
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	197
4.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	199
4.2.1. OBJETIVOS RELACIONADOS CON LOS ABANDONOS DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO EN LA UTC_UB	199
4.2.2. OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA GENERALIZABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO EN LA UTC_UB	199
7.2.3. HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LOS ABANDONOS DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO EN LA UTC_UB	200
7.2.4. HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LA GENERALIZABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO EN LA UTC_UB:.....	201
CAPÍTULO 5: MÉTODO	202
5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	203
5.2 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO	204
5.3 PARTICIPANTES.....	205
5.4 DEFINICIONES DE ABANDONO	209
5.5 MOTIVOS DE ABANDONO.....	211
5.6 INSTRUMENTOS	212
5.7. TRATAMIENTO	226
5.8. TERAPEUTAS	229
5.9 PROCEDIMIENTO	232
5.9.1. PROCESO SEGUIDO POR LOS CLIENTES DE LA UTC_UB.....	232
5.9.2. RECOGIDA DE DATOS	232
5.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	233
CAPÍTULO 6: RESULTADOS	238
6.1 RESULTADOS EN RELACIÓN A LOS ABANDONOS EN LA UTC_UB	239
6.1.1. SESIONES ATENDIDAS POR LOS CLIENTES QUE INICIARON EL TRATAMIENTO (ANÁLISIS ITT)	239
6.1.2. PORCENTAJES DE ABANDONOS OBTENIDOS EN LA UTC_UB SEGÚN LAS DISTINTAS DEFINICIONES DE ABANDONO.....	245

6.1.2.1. COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS ENTRE LAS DISTINTAS DEFINICIONES DE ABANDONO	248
6.1.2.2. MOMENTO EN QUE SE PRODUCEN LOS ABANDONOS PARA LAS DISTINTAS DEFINICIONES.	251
6.1.2.3 MOTIVOS DE ABANDONO TERAPÉUTICO	252
6.1.2.4 VARIABLES ASOCIADAS A LOS ABANDONOS	252
6.2 RESULTADOS DE LA GENERALIZABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES APLICADAS EN LA UTC_UB	258
6.2.1 TAMAÑOS DEL EFECTO (TE)	258
6.2.1.1. TAMAÑOS DEL EFECTO (TE) EN LA MUESTRA TOTAL Y OTRAS MUESTRAS SEGÚN EL ANÁLISIS ITT	258
6.2.1.2. TE PARA LOS CLIENTES QUE TERMINAN EL TRATAMIENTO SEGÚN LAS DIFERENTES DEFINICIONES DE TERMINACIÓN	266
6.2.1.3. COMPARATIVA DE TE DE LAS INVESTIGACIONES DE EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA CON LOS DATOS DE LA UTC_UB	304
6.2.2 SIGNIFICACIÓN CLÍNICA.....	309
6.2.2.1 PORCENTAJES DE CLIENTES MEJORADOS Y RECUPERADOS EN LA MUESTRA TOTAL Y OTRAS MUESTRAS SEGÚN EL ANÁLISIS ITT	309
6.2.2.2 PORCENTAJES DE CLIENTES MEJORADOS Y RECUPERADOS SEGÚN LAS DISTINTAS DEFINICIONES DE CUMPLIMIENTO PARA LOS CLIENTES QUE TERMINAN EL TRATAMIENTO	311
6.2.2.3. COMPARATIVA DE LOS PORCENTAJES DE CLIENTES MEJORADOS Y RECUPERADOS DE LAS INVESTIGACIONES DE EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA CON LOS DATOS DE LA UTC_UB	322
VIII. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y REFLEXIONES	331
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN	332
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES	353
CAPÍTULO 9: ALGUNAS REFLEXIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE TRABAJO	360
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	371
X. ANEXOS.....	414
ANEXO 1: Fórmulas cálculo TE	415
ANEXO 2: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS CUESTIONARIOS UTILIZADOS	419
ANEXO 3 (RESULTADOS): TABLAS NÚMERO DE SEIONES ATENDIDAS	442
ANEXO 4 (RESULTADOS): tablas con las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para todas las poblaciones y medidas analizadas.	445
ANEXO 5 (RESULTADOS): Tablas comparativas del cálculos de los TE con diferentes fórmulas.	456

I. GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

AGO/TP: Agorafobia y Trastorno de Pánico

AN: Anorexia Nerviosa

BN: Bulimia Nerviosa

DT: Desviación Típica

EABCT: European Association for Behavioural and Cognitive Therapy

ECA: Estudio Controlado Aleatorizado

EHS: Entrenamiento en Habilidades Sociales

EPR: Exposición con prevención de respuesta

ERV: Exposición mediante Realidad Virtual

EV: Exposición en vivo

IC: Intervalos de Confianza

ICEF: Índice de Cambio Estadísticamente Fiable

IMC: Índice de Masa Corporal

ITT: Intención de tratarse

M: Media

MA: Meta-análisis

Me: Mediana

RIQ: Rango Inter Cuartil

SCRITC: Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament

TAG: Trastorno por Ansiedad Generalizada

TAS: Trastorno de Ansiedad por la Salud

TC: Terapia Cognitiva

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

TCo: Terapia de Conducta

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TE: Tamaño del efecto

TEAs: Tratamientos Empíricamente Apoyados

TEPT: Trastorno por Estrés Post-traumático

TH: Tratamiento habitual

TLP: Trastorno Límite de la personalidad

TOC: Trastorno Obsesivo-Compulsivo

TP: Trastorno de la Personalidad

TRP: Terapia de Resolución de Problemas

UB: Universidad de Barcelona

UTC: Unidad de Terapia de la Conducta

Los acrónimos de los instrumentos de medida se encontraran en las Tablas 54, 55 y 56.

II. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Porcentajes de abandonos según la definición utilizada (Hatchett y Park, 2003)

Tabla 2. Fortalezas y debilidades de las distintas definiciones de abandono (Swift y Greenberg, 2015).

Tabla 3. Resumen de las sesiones atendidas en diferentes estudios.

Tabla 4. Porcentajes de abandonos, momento en que se producen y sesiones atendidas, obtenidos en algunos de los estudios analizados (mayoritariamente de TCC).

Tabla 5. Motivos de abandono reportados por diferentes estudios.

Tabla 6. Variables asociadas de forma consistente o inconsistente a los abandonos

Tabla 7. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en Trastornos de Ansiedad en general

Tabla 8. Resumen de la significación clínica en estudios sobre Trastornos de Ansiedad en general

Tabla 9. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en Agorafobia y pánico (con o sin agorafobia)

Tabla 10. Resumen de la significación clínica en estudios sobre Agorafobia y pánico (con o sin agorafobia)

Tabla 11. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en Fobias específicas

Tabla 12. Resumen de la significación clínica en estudios sobre Fobias específicas

Tabla 13. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en Fobia Social

Tabla 14. Resumen de la significación clínica en estudios sobre Fobia Social

Tabla 15. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TAG

Tabla 16. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TAG

Tabla 17. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TEPT

Tabla 18. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TEPT

Tabla 19. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TOC

Tabla 20. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TOC

Tabla 21. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TAS

Tabla 22. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TAS

Tabla 23. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en Trastornos de Estado de ánimo

Tabla 24. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de Trastornos del estado de ánimo

Tabla 25. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TCA

Tabla 26. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TCA

Tabla 27. Resumen de rangos de los TE revisados en los diferentes MA de eficacia de la TCC.

Tabla 28. Resumen de porcentajes de pacientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir los criterios diagnósticos obtenidos a partir de los diferentes MA o revisiones (R) y estudios (E) revisados (Eficacia).

Tabla 29. Diferencias entre la investigación y la práctica clínica (Echeburúa y Corral, 2001)

Tabla 30. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre Trastornos de Ansiedad.

Tabla 31. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de Trastornos de Ansiedad.

Tabla 32. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre Agorafobia y Trastorno de Pánico.

Tabla 33. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios de AGO/TP.

Tabla 34. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre Fobia específica.

Tabla 35. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios de Fobia específica

Tabla 36. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre Fobia Social

Tabla 37. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios de Fobia Social

Tabla 38. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre TAG

Tabla 39. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TAG

Tabla 40. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre TEPT

Tabla 41. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TEPT

Tabla 42. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre TOC

Tabla 43. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TOC

Tabla 44. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre TAS

Tabla 45. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TAS

Tabla 46. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre Trastorno Depresivo Mayor

Tabla 47. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del Trastorno Depresivo Mayor

Tabla 48. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre TCA

Tabla 49. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TCA

Tabla 50. Resumen de rangos de los TE revisados en los diferentes MA y estudios de Utilidad Clínica

Tabla 51. Resumen de porcentajes de pacientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir los criterios diagnósticos (Utilidad Clínica).

Tabla 52. Características de la muestra incluida en el presente estudio.

Tabla 53. Frecuencias y porcentajes de los diagnósticos principales y secundarios

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio

Tabla 55. Cuestionarios Generales utilizados en el estudio.

Tabla 56. Cuestionarios de Interferencia y Calidad de vida.

Tabla 57. Resumen del proceso de intervención en la UTC_UB.

Tabla 58. Tratamientos psicológicos eficaces (Chambless et al. 1996, 1998. Pérez et al. 2003).

Tabla 59. Distribuciones por sexo y rango de edad de los/as terapeutas de la UTC_UB.

Tabla 60. Resumen del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que iniciaron el tratamiento (análisis ITT).

Tabla 61. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “duración del tratamiento”.

Tabla 62. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “juicio del terapeuta”.

Tabla 63. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “Mejora parcial”.

Tabla 64. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “Mejora total”.

Tabla 65. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “Recuperación parcial”.

Tabla 66. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “Recuperación total”.

Tabla 67. Clasificación de las muestras en función del número total de sesiones atendidas según la definición de abandono.

Tabla 68. Porcentajes de abandono para “duración del tratamiento” en las diferentes muestras según diagnósticos.

Tabla 69. Porcentajes de abandono para “juicio del terapeuta” en las diferentes muestras según diagnósticos.

Tabla 70. Porcentajes de abandono para “no haber mejorado ni parcial ni totalmente” en las diferentes muestras según diagnóstico

Tabla 71. Porcentajes de abandono para “no haberse recuperado ni parcial ni totalmente” en las diferentes muestras según diagnóstico

Tabla 72. Comparativa de los porcentajes de abandonos obtenidos según las seis definiciones de abandono analizadas para las distintas poblaciones.

Tabla 73. Patrones de los porcentajes de abandono según las distintas definiciones en las muestras diagnósticas.

Tabla 74. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables diagnóstico y terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones de Duración del tratamiento y Juicio del terapeuta.

Tabla 75. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables diagnóstico y terminar/abandonar según las definiciones no haber mejorado parcial y totalmente.

Tabla 76. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables diagnóstico y terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones no haberse recuperado parcial y totalmente.

Tabla 77. Porcentajes de clientes que abandonan en distintos momentos del proceso terapéutico

Tabla 78. Motivos de abandono en los pacientes de la UTC_UB

Tabla 79. Media y DT, Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) y pruebas de Kolmogorov-Smirnov (K-S) y Shapiro-Wilk (S-W) de la variable edad de los clientes que terminaron y que abandonaron el tratamiento.

Tabla 80. Prueba U de Mann-Whitney de la variable edad por clientes que terminan y que abandonan el tratamiento.

Tabla 81. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos, diagnóstico) y la variable terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones Duración del tratamiento y Juicio del terapeuta.

Tabla 82. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos, diagnóstico) y la variable terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones no haber mejorado parcial y totalmente.

Tabla 83. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos, diagnóstico) y la variable terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones no haberse recuperado parcial y totalmente.

Tabla 84. Media y DT de diversas medidas la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento según el análisis ITT.

Tabla 85. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) de diversas medidas de la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento según el análisis ITT.

Tabla 86. Test de Wilcoxon (Valor *Z*) de la muestra total y otras muestras para las diferencias pre-post en diversas medidas según el análisis ITT.

Tabla 87. TE de las diferencias pre-post de diversas medidas en la muestra total y otras muestras según el análisis ITT.

Tabla 88. Medias y DT de diversas medidas de las muestras de los trastornos de ansiedad en el pretratamiento y postratamiento según el análisis ITT

Tabla 89. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) de diversas medidas de las muestras de los trastornos de ansiedad en el pretratamiento y postratamiento según el análisis ITT.

Tabla 90. *t* de Student y Test de Wilcoxon (valor *z*) de las muestras con trastornos de ansiedad para las diferencias pre-post en diversas medidas según el análisis ITT.

Tabla 91. TE de las diferencias pre-post de diversas medidas en las muestras de trastornos de ansiedad según el análisis ITT.

Tabla 92. Media y *DT* de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan en tratamiento.

Tabla 93. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

Tabla 94. *t* de Student y test de Wilcoxon (valor *z*) de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

Tabla 95. TE de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

Tabla 96. Media y *DT* de las medidas de malestar general en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

Tabla 97. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) de las medidas de malestar general en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

Tabla 98. *t* de Student y test de Wilcoxon (valor *z*) de las medidas de malestar general en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

Tabla 99. TE de las diferencias pre-post de las medidas de malestar general en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

Tabla 100. Media y *DT* de las medidas de interferencia y calidad de vida en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento

Tabla 101. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) de las medidas de interferencia y calidad de vida en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento

Tabla 102. *t* de Student y test de Wilcoxon (valor *z*) de las medidas de interferencia y calidad de vida en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

Tabla 103. TE de las diferencias pre-post de las medidas de interferencia y calidad de vida en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

Tabla 104. Media y *DT* de las medidas específicas en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan el tratamiento.

Tabla 105. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) de las medidas específicas en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan el tratamiento.

Tabla 106. Test de Wilcoxon (valor *z*) de las medidas específicas en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

Tabla 107. TE de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

Tabla 108. Media y *DT* de las medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

Tabla 109. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) de las medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento

Tabla 110. Test de Wilcoxon (valor *z*) de medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

Tabla 111. TE de las diferencias pre-post de las medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

Tabla 112. Media y *DT* de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

Tabla 113. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RQ*) de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento

Tabla 114. Test de Wilcoxon (valor z) de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

Tabla 115. TE de las diferencias pre-post de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

Tabla 116. Comparativa de TE investigaciones eficacia y utilidad clínica con los datos de la UTC_UB (medidas específicas)

Tabla 117. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según el análisis ITT.

Tabla 118. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico según el análisis ITT.

Tabla 119. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad según el análisis ITT.

Tabla 120. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición Duración del tratamiento para los clientes que terminaron

Tabla 121. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición de Duración del tratamiento.

Tabla 122. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición Duración del tratamiento.

Tabla 123. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición Juicio del terapeuta para los clientes que terminaron

Tabla 124. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición de Juicio del terapeuta.

Tabla 125. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición Juicio del terapeuta.

Tabla 126. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición Mejora parcial para los clientes que terminaron.

Tabla 127. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición Mejora Parcial.

Tabla 128. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición Mejora Parcial.

Tabla 129. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición Mejora total para los clientes que terminaron.

Tabla 130. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables recuperación y diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición Mejora Total.

Tabla 131. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables recuperación y tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición Mejora Total.

Tabla 132. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición Recuperación parcial para los clientes que terminaron.

Tabla 133. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición Recuperación Parcial.

Tabla 134. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición Recuperación Parcial.

Tabla 135. Comparativa de los porcentajes de clientes mejorados y recuperados al menos parcialmente según las distintas definiciones de cumplimiento para los clientes que terminan el tratamiento.

Tabla 136. Comparativa de los porcentajes de clientes mejorados al menos parcialmente en la UTC_UB con los mejorados en las investigaciones de eficacia y utilidad clínica.

Tabla 137. Comparativa de los porcentajes de clientes mejorados totalmente en la UTC_UB con los mejorados en las investigaciones de eficacia y utilidad clínica.

Tabla 138. Comparativa de los porcentajes de clientes recuperados al menos parcialmente en la UTC_UB con los recuperados en las investigaciones de eficacia y utilidad clínica.

Tabla 139. Comparativa de los porcentajes de clientes recuperados totalmente en la UTC_UB con los recuperados en las investigaciones de eficacia y utilidad clínica.

Tabla 140. Protocolo de trabajo durante el proceso de intervención.

Tabla 141. Propuesta de estructura para la retirada del tratamiento. Extraída y traducida de DeJong et al. (2012).

Tabla 142. Criterios que definen la respuesta al tratamiento para el TOC: remisión, recuperación y recaída.

Tabla 143. Habilidades implícitas en el ejercicio de la profesión. Tomada de Olivares et al. (2012).

TABLAS ANEXOS:

Anexo 1:

Tabla 1. Fórmulas para el cálculo del TE utilizadas en cada uno de los MA y estudios de eficacia.

Tabla 2. Fórmulas para el cálculo del TE utilizadas en cada uno de los MA y estudios de Utilidad clínica.

Anexo 2:

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio.

Tabla 2. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Generales utilizados en el estudio.

Tabla 3. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios de Interferencia y Calidad de vida utilizados en el estudio.

Anexo 3:

Tabla 1. Comparativa de los estadísticos descriptivos del número de sesiones de evaluación atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según todas las definiciones de abandono.

Tabla 2. Comparativa de los estadísticos descriptivos del número de sesiones de tratamiento atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según todas las definiciones de abandono.

Tabla 3. Comparativa de los estadísticos descriptivos del número del total de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según todas las definiciones de abandono.

Anexo 4:

Tabla 1. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de la muestra total y otras muestras para las diferencias pre-post en diversas medidas según el análisis ITT.

Tabla 2. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las muestras con trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) para las diferencias pre-post en diversas medidas según el análisis ITT.

Tabla 3. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas específicas en las muestras total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

Tabla 4. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas de malestar general en las muestras total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

Tabla 5. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

Tabla 6. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) para los que terminan el tratamiento.

Tabla 7. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas de malestar general en las muestras de trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) para los que terminan el tratamiento.

Tabla 8. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) para los que terminan el tratamiento.

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1. Diagrama de flujo de los criterios de inclusión y exclusión a la muestra.

III. RESUMEN

Objetivos. Se pretende analizar la viabilidad y generalizabilidad de los tratamientos cognitivo-conductuales para diferentes trastornos psicológicos (englobados en Trastornos de Ansiedad, trastornos del Estado de Ánimo y Trastornos de la Conducta Alimentaria), en un centro clínico universitario de formación de terapeutas (la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona, UTC_UB). Los resultados obtenidos se compararan con los de otras investigaciones.

Diseño. Se realizó un estudio *ex post facto*, sin variar las condiciones normales de la asistencia psicológica, para estudiar la viabilidad y la generalizabilidad de los tratamientos aplicados durante 15 años en un centro universitario de asistencia psicológica. Se comparó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en un centro privado con la observada en metaanálisis y revisiones de investigaciones controladas.

Métodos. En una muestra final constituida por 533 clientes se evaluaron los abandonos según 6 definiciones (duración del tratamiento, juicio del terapeuta, no haber mejorado –parcial y totalmente- y no haberse recuperado –parcial y totalmente-). Se analizaron los porcentajes de pacientes que habían abandonado, en qué momento se produjeron los abandonos y cuáles fueron los motivos y las variables asociadas a los mismos. En relación a la generalizabilidad se estudió la magnitud del cambio entre el pre y el pos tratamiento medida por el tamaño del efecto (TE) y los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados, y, los comparamos con los reportados en meta-análisis y revisiones de estudios nacionales e internacionales.

Resultados Las tasas de abandono en la UTC_UB han sido superiores a las publicadas en investigaciones de eficacia y utilidad clínica, especialmente las derivadas de las definiciones basadas en la mejora y la recuperación (parcial y total). La magnitud del cambio (TE) fue mediana en la muestra total de clientes que empezaron el tratamiento (ITT) (salvo en algún caso en que fue pequeña) para todas las muestras diagnósticas en todas las medidas. La magnitud del cambio (TE) fue grande o muy grande entre los clientes que terminaron el tratamiento (salvo en algún caso en que fue mediana) para todas las muestras diagnósticas en todas las medidas y según todas las definiciones de terminación. Con alguna excepción, los TE fueron inferiores a los obtenidos en metaanálisis de eficacia y comparables a los de las investigaciones de utilidad clínica. Entre los que iniciaron el tratamiento mejoraron y se recuperaron al menos parcialmente el 39,4% y el 35% respectivamente, mientras que estos porcentajes fueron el 72% y el 65,1% entre los que terminaron el tratamiento según la definición Duración del tratamiento. En mejora y recuperación total, los porcentajes fueron 25,9% y 22,5% entre los que iniciaron frente al 47,3% y 41,1% entre los que terminaron. Con alguna excepción, los porcentajes de pacientes mejorados

y recuperados totalmente fueron inferiores a los obtenidos en investigaciones de eficacia y más similares a los de las investigaciones de utilidad clínica.

Conclusiones. La terapia cognitivo-conductual aplicada en la UTC_UB por terapeutas en formación supervisados parece tan eficaz como la aplicada en la práctica clínica habitual, pero menos que en contextos de laboratorio. Además, la duración del tratamiento puede ser mucho mayor, así como el porcentaje de abandonos de la terapia.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, abandonos, utilidad clínica, eficacia, significación clínica, terapeutas en formación.

IV. ABSTRACT

Objectives. Analyzing viability and generalizability of cognitive behaviour therapy for several psychological disorders (encompassed in Anxiety Disorders, Mood Disorders and Eating Disorders) in a private university service applied by trainee therapist (Behavioural Therapy Unit - *Unidad de Terapia de Conducta*, UTC_UB). The obtained results are subsequently compared to those of other studies.

Design. An *ex post facto* study was done, without varying normal psychological therapy conditions, to study viability and generalizability of the treatments applied during 15 years in a private university service. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy administered in a private university service was compared to that of those found in meta-analysis and revisions of controlled studies.

Methods. In a final sample of 533 clients, drop-out was assessed in accordance to 6 definitions (treatment duration, clinical judgement, lack of improvement -partially and completely- and lack of recovery -partially and completely-). Percentages of dropping-out patients, moment of the drop-out and their reasons and associated variables were assessed. In relation to generalizability, the magnitude of the difference between pre and post treatment measured using the effect size (ES), as well as the percentages of improved and recovered patients were assessed and then compared to those found in meta-analysis and revisions of national and international studies.

Results. Drop-out rates at the UTC_UB were higher than those published in efficacy and effectiveness studies, especially the ones derived from definitions based on improvement and recovery (partial and total). The effect size (ES) was medium in the total sample of clients who started therapy (ITT) (except for some case in which it was low) for all measures in all diagnostic groups. The effect size (ES) was high or very high in the clients that finished the treatment (except for some case in which it was medium) for all measures in all diagnostic groups and under all definitions of treatment ending. With some exception, the ES were lower to those obtained through efficacy meta-analysis and comparable to those found in effectiveness studies. Under those who started a treatment, at least 39,4% improved and 35% recovered, while of those who finished the treatment, 72% improved and 65,1% recovered, under the definition Treatment duration. In total improvement and recovery, percentages were 25,9% and 22,5% under those who started and 47,3% and 41,1% under those who finished. With some exception, percentages of completely improved and recovered patients were lower to those found in efficacy studies and closer to those found in effectiveness studies.

Conclusions. Cognitive-behavioural therapy applied by supervised trainee therapists at the UTC_UB seems to be as effective as the one applied in a habitual clinical practice, but less effective than in

laboratory context. Furthermore, treatment duration can be much higher, as well as the percentage of drop-outs.

Keywords: Cognitive-behavioural therapy, drop-out, efficacy, effectiveness, clinical significance, trainee therapists.

V. INTRODUCCIÓN

Mi trayectoria profesional está estrechamente vinculada al ámbito de la psicología clínica desde tres vertientes distintas: la práctica clínica en la atención a clientes, la formación clínica de estudiantes de máster y, por último la docencia e investigación en el ámbito universitario.

Desarrollo las dos primeras actividades, y parte de la tercera, en la Unidad de Terapia de Conducta (UTC) de la Universidad de Barcelona (UB). La **UTC** es un servicio clínico de la Facultad de Psicología de la UB, que tiene, entre sus funciones, las siguientes:

- ofrecer **asistencia psicológica**, aplicando tratamientos psicológicos desde el modelo Cognitivo-Conductual, tanto a miembros de la UB como a otras personas de la comunidad que lo requieran, ya sean adultos, adolescentes o niños.
- permitir la **formación práctica** como psicólogos clínicos a estudiantes del Master de Psicología General Sanitaria, y oferta un prácticum a estudiantes de grado de la facultad de psicología
- llevar a cabo **investigaciones** aplicadas bajo los supuestos teóricos de la terapia cognitivo-conductual
- tiender un **punte** entre el mundo universitario y el profesional, ofreciendo seminarios y sesiones clínicas con profesores y profesionales de la salud externos al ámbito universitario.

En mi actual contexto de trabajo, el de la práctica clínica habitual con terapeutas noveles, nace mi interés por conocer qué sucede con nuestras intervenciones: ¿siguen los clientes las mismas? ¿Abandonan? ¿Cuántos? ¿En qué momento? ¿Les es útil aquello que les ofrecemos? ¿Mejoran? ¿Se recuperan? Y... ¿Conseguimos implementar los Tratamientos Empíricamente Apoyados en la práctica clínica real? ¿Qué podemos hacer para reducir los abandonos y conseguir una mejor relación coste-efectividad en la aplicación de los tratamientos psicológicos? Y, por consiguiente, ¿logramos ofrecer una formación adecuada a los terapeutas noveles que vaya más allá de las cuestiones puramente técnicas?

Considero que es fundamental poder incorporar los resultados de las investigaciones (tanto en laboratorio como en la práctica clínica habitual) al quehacer en la aplicación de tratamientos psicológicos y a la formación en este campo. Dicho interés se enmarca en el enfoque de la práctica basada en la evidencia en psicología. El marco de la Práctica basada en la evidencia implica la integración de los hallazgos de las investigaciones con los conocimientos clínicos y las características, los valores y las preferencias de los clientes. La integración ofrece una fundamentación muy potente para conducir la investigación clínica, así como la posibilidad de aplicar los tratamientos investigados (práctica basada en la evidencia), siendo sensible a la clínica de cada caso (Hershenberg et al., 2012). De acuerdo con el

Código Ético y los estándares profesionales, la práctica basada en la evidencia implica la supervisión y la evaluación de los servicios prestados a los clientes durante el proceso de intervención y el mantenimiento del mismo (Dozois et al., 2014).

La evaluación empírica de los tratamientos, sean psicológicos o de otro tipo, se ha convertido en una necesidad que tiene sus principales causas en razones deontológicas, profesionales, científicas, económicas y, en último término, políticas (Fernández y Pérez, 2001). Necesitamos conocer cuáles son las terapias que funcionan (para qué tipo de problemas y en qué pacientes) para poder difundirlas y que lo que se esté utilizando sea lo que ha demostrado ser eficaz y útil en las investigaciones (Echeburúa et al., 2010). En Europa, la Colaboración Cochrane fue pionera desde el año 1993 en la revisión y sistematización de evidencia científica para ponerla al servicio de los profesionales y usuarios de la salud con el fin de que tengan las herramientas necesarias para fomentar una toma de decisiones adecuada, aplicar los tratamientos más eficaces y evitar la variabilidad de la práctica entre profesionales (Gambrill, 1999). En Norte-América, en el año 1989, el Congreso tomó la iniciativa de crear la “Agency for Health Care Policy and Research” con el fin de determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales y proponer un directorio de terapias de eficacia probada. Tienen la doble función de orientar a los usuarios y dotar de criterios a los profesionales de los Servicios de Salud Mental (Chambless et al., 1996).

El trabajo de investigación que se va a presentar a continuación es un **estudio retrospectivo**, ya que fue realizado una vez llevados a cabo los tratamientos estudiados. Los datos se han obtenido de las historias clínicas archivadas, en formato electrónico y en muchas ocasiones, teniendo que acudir a las historias físicas, en papel, para completar los datos. Como es de suponer este tipo de diseño entraña algunas dificultades diferentes a los estudios prospectivos en los que el diseño del mismo antecede a los hechos. La dificultad principal es, la pérdida de algunos datos que hubieran supuesto un enriquecimiento del trabajo y mayor potencia en los resultados.

En el estudio hemos comparados los datos sobre Tamaños del Efecto y porcentajes de clientes mejorados y recuperados obtenidos en la UTC_UB con los trabajos publicados sobre la eficacia en estudios (la mayoría estudios controlados aleatorizados [ECA]) en investigaciones (capítulo 1) y en la práctica clínica habitual (capítulo 2) de los tratamientos psicológicos para problemas de ansiedad, del estado de ánimo y de la conducta alimentaria, desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). La selección de estos tres tipos de problema viene determinada por el hecho de que son los presentados más frecuentemente por la muestra que se analizará en la parte empírica del presente trabajo.

Antes de empezar el trabajo quería referirme a algunas **cuestiones prácticas** de estilo. No todos los terapeutas ni clientes son del género masculino, aunque en el presente trabajo pueda parecerlo. Se

ha hecho de este modo por economizar esfuerzos en la escritura y sobre todo simplificar y hacer menos farragosa la lectura. También en este sentido se utilizan acrónimos cuyo significado puede consultarse tras el Índice del presente trabajo. A los clientes quizás les llame pacientes es algunos momentos, utilizaré estas designaciones indistintamente. En el caso de los diagnósticos, el Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se incluyen en muchas explicaciones dentro de los trastornos de ansiedad; hemos respetado las clasificaciones que aparecen en los estudios que hemos consultado (la mayoría analizados antes de Junio de 2013 momento en que se publicó el DSM-5).

VI. PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO 1: LA VIABILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO- CONDUCTUALES: LOS ABANDONOS

1.1 PROBLEMAS DERIVADOS DE LOS ABANDONOS EN PSICOTERAPIA

Es justo partir de la premisa de que no todos los abandonos del proceso terapéutico en psicología clínica suponen un fracaso del tratamiento, del terapeuta o del paciente. Como analizaremos a lo largo de la introducción del presente trabajo con datos concretos, cabe mencionar que una buena parte de los pacientes que abandonan, lo hacen tras haber mejorado notablemente a raíz de su participación en dicho proceso. En otros casos, los pacientes se ven forzados a abandonar por causas ajenas a su voluntad (enfermedad, traslado...), lo cual nos alejaría de nuevo de la primera premisa: “Abandono es sinónimo de fracaso”. Por otra parte, no hay que pasar por alto que los abandonos pueden suponer un beneficio para el paciente en aquellos casos en que el tratamiento o el terapeuta son negativos.

Sin embargo, independientemente de la connotación que le demos al abandono, *per se*, dicho acontecimiento comporta como consecuencia una serie de problemas, tanto a nivel clínico como de investigación.

1.1.1 CONSECUENCIAS A NIVEL CLÍNICO

En los clientes:

No reciben los beneficios del tratamiento y pueden tener una sensación de **insatisfacción o fracaso**, que, a su vez, puede incluso empeorar sus problemas (Knox, 2011).

Si el **tratamiento** es **grupal**, el abandono puede alterar la cohesión del grupo y puede precipitar nuevos abandonos por otros miembros del grupo. A su vez puede destruir o retrasar el trabajo hecho por el grupo, haciendo sentir inseguros, preocupados o enfadados a otros miembros (Ogrodniczuk et al., 2005).

Carpenter et al. (1979) llevaron a cabo un estudio en el que comprobaron que los pacientes que interrumpen prematuramente el tratamiento son más susceptibles de repetir esta operación, es decir, de iniciar y abandonar el tratamiento en múltiples ocasiones

En la eficacia de los tratamientos:

Esta puede verse reducida, estudios como el de Pekarik (1992a) así lo indican. Este autor llevó a cabo un seguimiento a los 4 meses tras la finalización del tratamiento, y llegó a la conclusión de que los pacientes (adultos y niños) que abandonaron, el 22% realizando menos de 3 sesiones, mostraban síntomas de malestar más severos (valorados en un cuestionario estandarizado de síntomas) que los que tenían antes de empezar el tratamiento. También presentaban una mayor severidad en los síntomas en comparación a los pacientes que completaron el tratamiento. A su vez, la valoración de la tasa de cambio percibido por los pacientes que habían abandonado era más baja (Pekarik, 1985; Lambert, 2013).

Diferentes investigaciones concluyen que los pacientes que abandonan obtienen peores resultados de tratamiento debido a la falta de un tratamiento adecuado (Barkham et al., 2006; Hunt y Andrews, 1998; Lampropoulos, 2010).

En un interesante estudio de Cahill et al. (2003) se observó que los porcentajes de cambio clínicamente significativo variaban sustancialmente entre los pacientes que completaban el tratamiento (71,4%) y aquellos que lo abandonaban (13%).

En la eficiencia de los tratamientos:

Según datos de Collins et al. (2011) recogidos por expertos e investigadores de más de 60 países, la salud mental (depresión, dependencia del alcohol, esquizofrenia, demencia, epilepsia, etc.) representaba el 13% de la carga total en enfermedades, superando al cáncer y los trastornos cardiovasculares. En el mismo estudio la estimación de muertes derivadas del suicidio en el año 2020 fue de 1,5 millones, habiéndose intentado el suicidio entre 15 y 30 millones de personas.

Durante un año los problemas psicológicos afectan a alrededor de un 33% de la población mundial adulta (Kessler y Üstün, 2008) y a un 38% de toda la población europea (Wittchen et al., 2011). El abandono consume recursos humanos y económicos en salud mental, que desde el punto de vista administrativo no se emplean de forma eficiente (Reis y Brown, 1999; Barret, et al., 2008). Los pacientes que abandonan ven reducida la relación coste-eficacia resultante de su proceso de tratamiento (Garfield, 1994; Pekarik, 1985).

Muchos de los clientes que abandonan no solo no mejoran sino que pueden empeorar (Reis y Brown, 1999) o incluso sus problemas podrían llegar a volverse crónicos (Ogrodniczuk et al., 2005) y, por consiguiente, seguir necesitando servicios.

En los terapeutas:

Las consecuencias para estos incluyen aspectos como disminución de los ingresos, pérdida de tiempo y desmoralización (Swift y Greenberg, 2012). Se pueden sentir frustrados, desmotivados, e incluso puede afectar a su capacidad para ayudar a otros pacientes y, a su autoestima, especialmente en los terapeutas que la vinculan a su habilidad para ayudar a otras personas (Ogrodniczuk et al., 2005).

En un interesante estudio, Piselli et al. (2011) entrevistaron a 11 terapeutas acreditados por la *American Board of Profesional Psychology* para que valoraran el impacto tanto personal como profesional de los abandonos por parte de sus pacientes. La mayor parte de los terapeutas sentían un poco de responsabilidad en la terminación temprana del tratamiento y los sentimientos que describieron en mayor medida fueron una mezcla de tristeza, decepción y frustración. Otros sentimientos fueron: arrepentimiento, sorpresa, confusión, fracaso y vergüenza.

Todas las consecuencias referidas anteriormente pueden ser especialmente relevantes en el caso de terapeutas noveles, pudiendo afectar a la auto-valoración de su competencia profesional y, acrecienta los miedos e inseguridades propios del periodo de inicio de la profesión.

A nivel más material, el abandono puede suponer un coste económico en términos de salario del personal, sobrecostes y pérdida de ingresos (Klein et al., 2003).

En familiares y otros pacientes:

El hecho de que un paciente no acuda a las sesiones programadas supone que otras personas que tienen la necesidad de recibir tratamiento no puedan tenerlo lo antes posible (Joshi et al., 1986). Durante el proceso de abandono, hasta que no se decide que este se ha producido, se incrementan las listas de espera y pueden afectar negativamente a la percepción que tiene la población general sobre los tratamientos que se ofrecen para los problemas de salud mental (Barret et al., 2008). El número de persona que puede utilizar el Sistema de Salud Mental es menor.

Tanto los familiares como las personas allegadas a los pacientes, pueden seguir sufriendo las consecuencias de la no mejora de los mismos a causa del abandono terapéutico. Las consecuencias producidas por el trastorno siguen suponiendo una carga para el paciente y su entorno (Cahill et al., 2003).

El tiempo perdido en las sesiones no utilizadas hace que no se puedan visitar otros pacientes lo que genera un aumento en las listas de espera (Swift y Greenberg, 2015) y hace que algunos pacientes no puedan ser ayudados a tiempo.

1.1.2. CONSECUENCIAS A NIVEL CIENTÍFICO

Los abandonos afectan a las investigaciones, implican una pérdida de datos, hecho que impide a los investigadores poder contrastar sus hipótesis (Ogrodniczuk et al., 2005) y no permite realizar una buena valoración de los efectos del tratamiento dado que los datos de resultado del proceso terapéutico proceden básicamente de los clientes que lo finalizan (Bohart y Greaves, 2013). En caso que los análisis se lleven a cabo con los clientes con intención de tratarse (ITT) se suele incurrir en una subvaloración de la eficacia del tratamiento.

La pérdida de la muestra de pacientes debida a los abandonos produce una limitación en la potencia de las pruebas estadísticas y estimaciones imprecisas de los tamaños del efecto (DeJong et al., 2012).

A su vez, los abandonos implican la imposibilidad en la recolección de datos por el Sistema Nacional de Salud y entidades privadas. Schnurr (2007) señala un aspecto muy importante, y es que el incumplimiento con el tratamiento no debería entrañar la no cumplimentación con las medidas; es

decir, expone que no deberíamos llegar a confundir los abandonos con los datos perdidos. Lo cierto es que si durante el tratamiento no se van administrando medidas repetidas, el abandono implicará que solo se disponga de medidas pre-tratamiento y con ello perdemos la posibilidad de analizar los datos de ese caso. Es en este sentido que la autora apela a la responsabilidad de los terapeutas durante el proceso.

A su vez, los abandonos impiden la aplicación de los tratamientos que cuentan con el mayor apoyo empírico, incluso siendo aplicados por terapeutas muy expertos (Swift y Greenberg, 2015). Esto implica una clara pérdida en la eficiencia de los recursos de investigación.

1.2 DEFINICIONES DE ABANDONO TERAPÉUTICO

“Dropout, drop-out, drop out, premature discontinuation, treatment discontinuity, attrition, early withdrawal, non-completion, noncompliance, nonadherence, unplanned ending, premature termination, premature ending, unilateral termination”. En lengua inglesa, todas estas etiquetas pretenden medir el mismo constructo.

La terapia psicológica puede llegar a su fin de modos muy distintos: tras haberse completado, porque los pacientes la abandonan una vez iniciada o la rechazan antes de acudir a la sesión inicial que tenían programada o tras la primera entrevista, antes de iniciar el tratamiento, tras conocer al terapeuta y/o el centro, o incluso, porque son los terapeutas los que inician dicha finalización porque derivan a los pacientes a una mejor alternativa de tratamiento o por otros motivos.

En este apartado vamos a intentar dar respuesta a cuestiones tan relevantes como: ¿Qué se considera un abandono terapéutico? ¿Siguen los clínicos y los investigadores los mismos criterios para valorar que un proceso terapéutico se ha terminado? ¿Existe consenso en la conceptualización de los abandonos? ¿Tiene los mismos efectos abandonar en cualquier fase del proceso de intervención?

Atentos a estas cuestiones, y con el ánimo de descifrar los criterios que harían comparables los resultados de los distintos estudios sobre la cuestión de los abandonos prematuros, lo primero que intentaremos será recoger las distintas definiciones del constructo abandono. Parece que el abandono prematuro es fácil de reconocer, pero difícil de medir científicamente (Hatchett y Park, 2003). La forma de conceptualizar el constructo “abandono terapéutico” no logra la unanimidad por parte de los distintos autores e implica una altísima variabilidad en las concepciones. A continuación algunos ejemplos:

- No atender a un número predeterminado de sesiones (Baekeland y Lundwall, 1975).
- No acudir a dos sesiones consecutivas (Kolb et al., 1985).
- El cliente termina el tratamiento contra el consejo del terapeuta, o sin hablarlo con él (Persons et al., 1988).
- No volver a terapia tras las vacaciones del semestre (Kane y Tyron, 1988).
- No volver a terapia tras la primera sesión de admisión (Longo et al., 1992).
- El cliente decide unilateralmente abandonar el tratamiento tras la primera sesión (Smith et al., 1995).
- Juicio del terapeuta acerca de la adecuación de la terminación prematura (Chisholm et al., 1997).
- Determinado por el terapeuta y acordado por un supervisor senior en función de los siguientes criterios: (a) el paciente abandona unilateralmente el tratamiento manualizado entre la sesión 1 y la 13 (antes de la 14ª) habiéndolo discutido o sin discutirlo con el terapeuta, y (b) lo hizo sin tener

la aprobación del terapeuta ni del supervisor del mismo, entendiéndose que se esperaba que el paciente habría mejorado si hubiera continuado con el tratamiento (Keijsers et al., 2001).

- No asistir a la última sesión programada (Hatchett et al., 2002).
- Periodo, antes de la recuperación, de como mínimo tres meses de no recibir tratamiento de ningún tipo (McFarland et al., 2005).
- Empezar y no terminar un programa de tratamiento intensivo (Issakidis y Andrews, 2004; Davis et al., 2006).
- El cliente termina el tratamiento antes de que sea acordado con el terapeuta (Westbrook y Kirk, 2005).
- El cliente interrumpe el tratamiento antes de completar el plan de tratamiento que duraba 12 meses (Björk et al., 2009).
- El cliente no completa el curso de tratamiento que se había planeado (Callahan et al., 2009)
- El cliente empieza una intervención pero unilateralmente la interrumpe antes de recuperarse de los problemas (síntomas, discapacidad funcional, ansiedad, etc.) que le llevaron a buscar tratamiento. Implica que el cliente no ha alcanzado los objetivos terapéuticos y no obtiene todos los beneficios de la terapia, y que no tiene en cuenta las expectativas o recomendaciones del terapeuta (Swift y Greenberg, 2012).
- Pacientes que acuden al menos a una sesión pero a menos sesiones de las necesarias para terminar el tratamiento (Hans y Hiller, 2013).
- Terminación unilateral del tratamiento por parte del cliente sin la aprobación o el conocimiento del terapeuta. (Lopes et al., 2015).

En algunas definiciones se considera que la situación responde a abandono solo en el caso de que sean los clientes quienes tienen la iniciativa de dejar el tratamiento, mientras que en otros casos el abandono incluye otras variables. Sería interesante a la hora de definir el abandono considerar quien lo inicia y los motivos (DeJong et al., 2012). Otra reflexión que aportan estos autores en su revisión es el hecho de que utilizar el término “abandono” implica una cierta recriminación de cara a los clientes, se les culpa de haber fracasado en el tratamiento y enfatiza la investigación del análisis de las características de los clientes como predictores del abandono. Un término alternativo como “retirada o renuncia” podría salvar estas connotaciones negativas y abrir el rango de los posibles factores que contribuyen a la terminación prematura. Anteriormente Mahon (2000) en su revisión distinguió entre diferentes formas de etiquetar la interrupción del tratamiento:

- **Baja:** clientes que dejan un estudio
- **Abandonos:** tratamiento que finaliza por decisión unilateral del cliente.

- **Terminación prematura:** la relación de tratamiento que finaliza por decisión unilateral del terapeuta.
- **Retirada o renuncia:** el tratamiento finaliza por una decisión conjunta.
- **Rechazo:** se ofrece la terapia y el potencial cliente no considera la oportunidad.

Nos adentramos en el análisis de las diferentes definiciones partiendo de la clasificación propuesta por Hatchett y Park (2003), quienes en una investigación compararon las tasas de abandono que obtenían en una misma muestra aplicando cuatro definiciones para clasificarlos. Obtuvieron los datos que se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Porcentajes de abandonos según la definición utilizada (Hatchett y Park, 2003)

Definición de abandono	% abandono
1. Juicio del terapeuta: al concluirse la terapia se les preguntaba a los terapeutas si consideraban que los pacientes habían terminado el tratamiento prematuramente. La respuesta afirmativa codificaba a los clientes como "abandono".	40,8%
2. No asistir a la última sesión programada: los clientes que habían cancelado la sesión de forma anticipada no fueron clasificados en esta categoría.	40,8%
3. Procedimiento de división por la mediana (median-split): en esta muestra los clientes que no completaron 4 sesiones fueron considerados abandonos.	53,1%
4. No regresar a terapia tras la primera sesión: los clientes que atendieron a más de una sesión no se consideraron abandonos.	17,6%

Los investigadores concluyeron que las definiciones 1 y 2 son las únicas que según los análisis estadísticos convergen en un mismo constructo. El resto, al parecer, mide constructos diferentes y no deberían ser utilizadas indistintamente.

Posterior a este trabajo, es el análisis que llevan a cabo Swift y Greenberg (2015) sobre la cuestión de la forma de definir los abandonos. Revisaron los métodos de clasificar a los clientes que abandonan y propusieron un sistema basado en cinco definiciones que analizaremos a continuación: duración del proceso terapéutico, dejar de completar, no acudir a una sesión programada (cita perdida) y renunciar al tratamiento, criterio del terapeuta y el cambio clínicamente significativo.

A. Duración del proceso terapéutico

Desde esta perspectiva se considera que abandona todo cliente que atiende a menos de un número determinado de sesiones. Un inconveniente es que en el campo de la psicología clínica no está claro el número de sesiones (dosis) que se consideran necesarias para determinar si un paciente completa o abandona el tratamiento. Este dato variará mucho de un caso a otro, en función de variables tales como, tipo de problema, características de los pacientes, tipo de terapia, etc. Por ello, una definición de abandonos basada en esta clasificación podría ser arbitraria.

Aplicar los principios de la investigación sobre dosis-respuesta podría favorecer una definición objetiva y no arbitraria: los abandonos se definirían como aquellos casos que no atienden a un cierto número de sesiones establecido según los datos obtenidos en estudios previos. Este número viene definido por el número de sesiones necesarias para que el 75% de los pacientes logren una mejora significativa. Esta definición se basa en la investigación sobre dosis-respuesta (Howard et al., 1986; Lambert et al., 2001) que parte de la idea de que el número de sesiones incrementa las posibilidades de recuperación de los pacientes o el éxito terapéutico. En su estudio meta-analítico ya clásico, Howard et al. (1986) caracterizaron el camino de mejora del cliente como una función de aceleración negativa de la duración del tratamiento, en la que el 30% de los clientes mejoraba de forma apreciable tras 2 sesiones, el 41% tras 4 sesiones, el 53% tras 8 sesiones y el 62% tras 13 sesiones. Estos porcentajes indican que cada sesión de terapia sucesiva tiene un menor impacto en el bienestar de los pacientes. Kopta (2003) lo explicó como: “el efecto de la terapia es mayor en las primeras sesiones y va incrementando más despacio en niveles más altos de dosificación”.

Sucedieron a la investigación de Howard et al. (1986) muchas otras de entre las cuales hemos querido destacar la de Kopta et al. (1994). Estos autores describieron que el patrón de aceleración negativa era común a los distintos tipos de problemas y que la efectividad de la dosis variaba a través de distintos tipos de síntomas: se necesitaban pocas sesiones para mejorar en síntomas de angustia y más sesiones para características de personalidad.

Lambert et al. (2001) condujeron la investigación más robusta y con la muestra más amplia sobre el efecto dosis-respuesta en psicoterapia. Partiendo de una muestra de 6.072 pacientes americanos, aplicaron un análisis de la supervivencia y estimaron que eran necesarias 21 sesiones para lograr que un 50% de la muestra obtuviera una recuperación clínica (medida con el Outcome-Questionnaire-45, Lambert et al., 1996); y 7 sesiones utilizando un criterio menos estricto: las tasas de pacientes mejorados. Algunos datos relevantes del estudio son:

- los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad y/o trastornos de estado de ánimo,
- la mayor parte de los terapeutas se auto-definió como “eclectico”,
- las técnicas cognitivo-conductuales fueron las más utilizadas.

Investigaciones posteriores han sugerido que se necesitan un mínimo de 11 a 13 sesiones para poder considerar que un 50-60% de los clientes se han recuperado (Hansen et al., 2002; Lambert, 2007).

La dosis de terapia necesaria para que esta sea considerada exitosa depende del criterio seleccionado (mejora vs recuperación) y del nivel psicopatológico basal de los pacientes, más que del diagnóstico de los pacientes o del tipo de psicoterapia (Lambert, 2013).

Una importante **limitación** es la validez de este método, dado que aunque la duración más larga del tratamiento se asocia a una mayor oportunidad para la recuperación, no hay un número de sesiones perfecta para cada paciente. En la práctica clínica habitual, si tenemos en cuenta los datos de los resultados de las intervenciones obtenidos en diferentes estudios observamos lo siguiente: Feister et al. (1974) y Pekarik (1983) encontraron que terminan el tratamiento habiendo mejorado significativamente en torno al 25% de los pacientes que acuden a una o dos sesiones y Pekarik (1984) halló que lo hacían alrededor del 50% de los que asisten entre tres y cinco sesiones. Posteriormente, Barkham et al. (2006) llevaron a cabo un estudio en el que examinaron las tasas de mejoría de los clientes en función del número de sesiones a las que asistieron en la práctica clínica habitual. Encontraron que más del 50% de los pacientes que acudieron solo a una o dos sesiones alcanzaron un cambio fiable y clínicamente significativo en los síntomas y que la mejora no aumentó con el número de sesiones atendidas.

Algunas **ventajas** de utilizar este método de clasificación de los abandonos terapéuticos son, por una parte, la facilidad con la que se pueden obtener los datos necesarios y, por otra parte, la fiabilidad de los mismos (Swift y Greenberg, 2015). En contrapartida, ¿qué sucede con los pacientes que se recuperan antes de este momento? En este caso, son considerados abandonos. Aunque algunos autores han adoptado soluciones a este problema: considerar abandonos los casos que terminaban el tratamiento antes finalizar 14 sesiones, excepto en el caso en que terapeuta y cliente hubieran llegado a un acuerdo antes de ese momento, como resultado de una mejora apreciable en último caso (Bados et al., 2007).

Otro método utilizado cuando la duración del tratamiento no está definida previamente, es el **procedimiento de división por la mediana (median-split)**. Consiste en dividir el grupo en dos medianas y todos los pacientes de una muestra que acuden a menos sesiones de la mediana se clasifican como abandonos (Baekeland y Lundwall, 1975; Hatchett et al., 2003; Pekarik, 1985). Se trata de un método que tan solo aporta una medida dicotómica de la duración del tratamiento. Medir esta variable de forma continua en lugar de dicotómica mejoraría los tamaños del efecto y consecuentemente la potencia de los análisis estadísticos (Cohen, 1983; citado en Hatchett y Park, 2003).

Algunos investigadores desaconsejan utilizar el método de la división por la mediana a la hora de definir los abandonos (Hatchett y Park, 2003; Pekarik, 1985b). Una **limitación** de este método de clasificación es que es poco práctico y válido para terapeutas que trabajan con pacientes individuales. En caso de trabajar con muestras, una importante limitación es que un 50% de la misma es siempre

clasificada como abandono, independientemente de lo que haya sucedido con los sujetos que la integran (Swift y Greenberg, 2015).

B. Dejar de completar

Se define como abandono la situación en la que el paciente no atiende a un número determinado de sesiones. Implica, en la mayoría de los casos, la terminación del tratamiento cuando seguía habiendo trabajo terapéutico por hacer, sobreentendiéndose que se necesitaba llevar a cabo algún trabajo adicional extra o algún material que debería haber sido tratado. Se trata de un criterio objetivo y, a su vez arbitrario. Es ampliamente utilizado en investigaciones y al aplicar protocolos cerrados de intervención.

Esta forma de considerar los abandonos presenta, algunas **limitaciones**:

- La definición equipara el realizar un número determinado de sesiones con el hecho de haber alcanzado los objetivos terapéuticos. Considera abandonos a los pacientes que descontinúan el tratamiento, habiéndose podido recuperar o mejorar notablemente antes de un número prefijado de sesiones de intervención. Por otro lado, aquellos pacientes que finalizan el protocolo y no se recuperan no se consideran abandonos.
- No atiende a las necesidades individuales de los pacientes. De hecho, esta es una limitación intrínseca a los protocolos de intervención, que en muchas ocasiones son poco flexibles ante las necesidades específicas de los pacientes. Las necesidades pueden ser tanto en relación al tipo de problemas que presentan los pacientes (puros, comorbilidades, etc.) como en relación a su ritmo de recuperación o avance en el proceso terapéutico.

C. No acudir a una sesión programada (Cita perdida) y discontinuar el tratamiento

En este caso se entiende el abandono como el hecho de no acudir a la última sesión programada y no continuar con el tratamiento. En algunos casos el tiempo que se ha esperado para determinar que la no-asistencia era un abandono ha sido de 3 a 12 meses. En ocasiones incluso se les ha enviado a los clientes un mensaje recordatorio.

Es un criterio objetivo pero no tiene en cuenta a los pacientes que abandonan por el hecho de no programar una próxima visita; en este caso, no codificaría como abandonos a los pacientes que sin haber mejorado no quedaron para una próxima sesión y no volvieron a terapia. En comparación a las definiciones anteriores parece que esta puede tener mayor aplicabilidad en la práctica clínica e incluso ser un método de clasificación preferible (Hatchett y Park, 2003). Según Pekarik (1985b) la decisión unilateral por parte del cliente de abandonar es la idea que mejor recoge el concepto de finalización prematura.

Un problema que puede conllevar esta definición es que por el hecho de no atender a la última sesión se considera que el paciente abandona, independientemente de los motivos por los que no ha acudido, incluso habiéndose recuperado. Por otro lado, no distingue entre los pacientes que están en distintas fases del proceso de tratamiento y han asistido a un determinado número de sesiones. A su vez, puede clasificar a algunos pacientes como que han completado el tratamiento, independientemente del progreso que hayan obtenido en el mismo, siendo que en algunos casos los pacientes pueden completar tratamientos que ellos y sus terapeutas consideran que no han funcionado.

Algunas **variantes de la definición** que podrían entrar dentro de esta categoría de clasificación son las siguientes:

- Terminar el tratamiento antes de conseguir los objetivos (todavía alcanzables) previamente acordados con el terapeuta. Esta definición considera el punto de vista del paciente. En caso de que no quede claro de qué modo se han acordado los objetivos y, cómo y quién decide que se logran, la definición se torna muy subjetiva.
- Dejar el tratamiento sin acordarlo mutuamente con el terapeuta. Como en el caso anterior, en caso de que no quede bien especificado en qué consiste el mutuo acuerdo, se trata de una definición subjetiva. En caso de que el cliente abandone por algún motivo (impedimentos ambientales, o no estar satisfecho) y el terapeuta esté de acuerdo, esta definición podría suponer una subestimación del porcentaje de abandonos.

D. Criterio del terapeuta

Este método de valoración de los abandonos parece ser el preferible para algunos autores (Pekarik, 1985). Al finalizar la terapia, el terapeuta determina si el cliente debe ser considerado un abandono, utilizando uno de los siguientes métodos:

- Valorar de forma categorial a los clientes como “abandonos” o “completan el tratamiento”. Este es el método usado más ampliamente.
- Valorar de forma cuantitativa el grado de abandono o el grado en que se ha completado el tratamiento. Reis y Brown (2006) han desarrollado una prueba para poder llevar a cabo dicha valoración: *Termination Status Questionnaire*.

Una de las **ventajas** de este método es que basándose en las razones por las que los clientes han solicitado tratamiento, permite al terapeuta hacer una valoración de si los objetivos terapéuticos han sido alcanzados o si el proceso terapéutico se ha completado y permite al terapeuta (involucrado en el proceso terapéutico) hacer muchos más matices a la hora de determinar el abandono.

Entre las principales **limitaciones** de este sistema de clasificación se encuentran:

- Su pobre **fiabilidad**: diferentes terapeutas valorarían de modo distinto los objetivos de la terapia y el significado del abandono (Bohart y Greaves, 2013).

A continuación, para ejemplificar las dificultades que entraña la fiabilidad de los juicios de los terapeutas, presentamos algunos trabajos que ilustran este problema en cuestiones relativas al proceso de intervención:

Felton y Nelson (1984) llevaron a cabo un estudio en el que se investigó la fiabilidad entre jueces al proponer las variables controladoras de una serie de problemas previamente fijados. Los seis jueces de este estudio quedaron divididos en dos grupos según pudieron reunir la información mediante únicamente entrevista, o bien mediante entrevista, *role playing* y cuestionarios. A pesar de que los “pacientes” (actores entrenados) mostraron una alta estabilidad en su comportamiento a través de los jueces (0,96 y 0,98, en uno y otro grupo), la concordancia entre los juicios de los clínicos distó bastante de ser perfecta (0,38 para las variables estímulares antecedentes; 0,24 para las variables orgánicas; 0,42 para las variables estímulares consecuentes, y 0,59 para las propuestas de tratamiento). Por otra parte, la concordancia entre los jueces que únicamente pudieron disponer de entrevista fue similar a la de los que pudieron disponer de entrevista más otros procedimientos de recogida de información, lo que hace suponer que el aumento de las posibilidades de recabar información no mejora la concordancia entre los clínicos”.

Garb (2005) revisó la validez de los juicios y la utilidad de las decisiones de los terapeutas en una serie de cuestiones relativas al proceso de intervención: descripción de la personalidad y psicopatología, diagnóstico, formulación de los casos, predicción del comportamiento y decisiones del tratamiento. Observó importantes discrepancias entre el criterio del terapeuta y métodos empíricos de valoración. La conclusión a la que llega el autor es que la investigación sobre el juicio clínico y la toma de decisiones apoyan la tradición empirista. Según esto expone que los psicólogos deberían confiar poco en la observación informal y la validación clínica al: (a) escoger los instrumentos de evaluación y el tratamiento, (b) revisar los criterios diagnósticos, y (c) hacer juicios clínicos o interpretar tests.

Hannan et al. (2005) dirigieron un interesante estudio en el que analizaron la capacidad de predecir los resultados del tratamiento por parte de los terapeutas. Los resultados mostraron que la mayor parte de los clientes tenían expectativas positivas respecto a los resultados de la terapia y los terapeutas eran respectivamente optimistas respecto a dichos resultados. A pesar de la confianza de los terapeutas en su habilidad para ayudar a sus clientes, muchos de estos no mejoraron e incluso una pequeña porción de la muestra empeoró antes de dejar el tratamiento. Parece que los terapeutas fueron reticentes o incapaces de predecir qué clientes se podrían beneficiar de la terapia y cuáles no, a pesar de conocer los estudios de base sobre las tasas de fracaso de los tratamientos.

- A su vez, las **expectativas de los clientes y los terapeutas** respecto a la terapia pueden ser muy distintas, especialmente por lo que hace referencia a la duración de la misma (Mueller y Pekarik, 2000). En muchas ocasiones el paciente puede terminar el tratamiento antes de que el terapeuta lo considere apropiado; es decir, el cliente deja prematuramente el tratamiento según el juicio del terapeuta, aunque el cliente siente que está satisfecho con los logros conseguidos en la terapia. El criterio del juicio del terapeuta es muy frecuente en centros asistenciales y tiene validez aparente, pero adolece de subjetividad e ignora la perspectiva del paciente. Según este criterio parece que quizás los terapeutas están valorando la duración del tratamiento más que una terminación inapropiada del mismo (Hatchett y Park, 2003).
- Es probable que muchos terapeutas tengan dudas a la hora de analizar los resultados de los pacientes que terminan prematuramente el tratamiento dado que, como hemos visto en el punto anterior, el abandono les puede generar sentimientos de arrepentimiento, sorpresa, confusión, fracaso y vergüenza (Piselli et al., 2011), de frustración y desmotivación (Ogrodniczuk et al., 2005), entre otros. Esto llevaría a una subestimación de las tasas de abandono al utilizar este criterio.

E. El cambio clínicamente significativo

Se considera abandono en caso de que el cliente deje de acudir a la terapia antes de evidenciar un cambio clínicamente significativo; es decir, una mejora fiable en una o varias medidas estandarizadas de resultados y la consecución de puntuaciones que entren dentro del rango de la población normal, o que sea más probable que pertenezcan a la población normal que a la disfuncional (Hatchett y Park, 2003). El constructo del cambio clínicamente significativo parte de Jacobson y Truax (1991) y Jacobson et al. (1999) y aplicado a los abandonos, incluye a cualquier paciente que deje de acudir a la terapia antes de haber conseguido un cambio clínicamente significativo. Por el contrario, desde esta clasificación, los pacientes que dejaran de acudir habiendo conseguido un cambio clínicamente significativo se considerarían “no abandonos”. Se basa en la medición del progreso de cada paciente individualmente, sin que sea necesaria, en contraste con la clasificación de cita perdida, una sesión formal de cierre para considerar que un cliente ha terminado el tratamiento.

Un **punto débil** de este sistema de clasificación es que es demasiado riguroso, se requiere que los pacientes consigan situarse dentro de la población funcional (o, al menos, normal), cosa que parece objetivamente muy complicada con pacientes que padecen determinados tipos de problemas: esquizofrenia, autismo, determinados trastornos de personalidad. Para estos problemas no hay tratamientos lo bastante eficaces, luego todos los pacientes serían considerados como abandonos o deberían seguir en terapia indefinidamente. Esto provoca que este criterio sea poco aplicable. Una variante de este criterio sería considerar abandonos aquellos clientes que dejan de acudir a terapia antes de conseguir una mejora fiable en sus problemas.

Swift y Greenberg (2015) ofrecen un resumen (véase Tabla 2) de los puntos fuertes y débiles de las cinco conceptualizaciones de abandono que acabamos de describir:

Tabla 2. Fortalezas y debilidades de las distintas definiciones de abandono (Swift y Greenberg, 2015).

Definición	Método de medida	Puntos Fuertes	Puntos Débiles
Duración del proceso terapéutico	Cliente que atiende a menos de un número determinado de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> - Basado en la literatura dosis-efecto - Clasificación fácil y fiable 	<ul style="list-style-type: none"> - No hay acuerdo en el número de sesiones requerido - Los clientes difieren mucho en el número de sesiones que necesitan para recuperarse
Dejar de completar	Cliente no finaliza un determinado protocolo de intervención	<ul style="list-style-type: none"> - Clasificación fácil y fiable 	<ul style="list-style-type: none"> - Las decisiones se basan en protocolos y no en clientes individuales - No encaja en centros en los que no se utiliza un protocolo específico
Cita perdida	Cliente no acude a una sesión programada y no continúa con el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Clasificación fácil y fiable - No presupone un número determinado de sesiones o un protocolo correcto para cada cliente 	<ul style="list-style-type: none"> - Clasifica de forma difusa a los clientes que no han mejorado o a los que no están satisfechos, pero que han informado al terapeuta que dejan la terapia, y los que se han recuperado pero no han ido a la cita. - No diferencia entre los clientes que se encuentran en diferentes fases del proceso de terapia (es lo mismo una cita perdida en la sesión 3 que en la 50)
Interrupción según el juicio del terapeuta	Tras el final de la terapia, el terapeuta determina si el cliente debe ser considerado un abandono	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptado a un cliente individual (el terapeuta puede considerar las circunstancias individuales, el progreso, los objetivos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja fiabilidad entre terapeutas - Puede ser sesgado y errado
Cambio clínicamente significativo	Cliente que deje de acudir a la terapia antes de haber conseguido un cambio clínicamente significativo	<ul style="list-style-type: none"> - Se basa en el progreso actual - Adaptado a un cliente individual - Fiable 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ser demasiado riguroso (se puede utilizar en su lugar el criterio de mejora fiable, aún sin recuperación). - Puede perder algunos matices de los terapeutas (puede combinarse con el juicio del terapeuta)

Acabamos de ver una representación de la altísima variabilidad de definiciones. Los estudios han evaluado categorías distintas, utilizando métodos de evaluación muy diferentes con la resultante inconsistencia en los resultados de estos estudios. Luego, ¿podemos comparar estos datos?

En el siguiente apartado revisaremos las tasas de abandono derivadas de algunas revisiones (cualitativas y MA) y de estudios concretos.

1.3 PORCENTAJES DE ABANDONOS OBTENIDOS EN DIFERENTES INVESTIGACIONES

Algunos pacientes a los que se les ofrece la posibilidad de participar en un tratamiento psicológico **rechazan** esta opción. De los pacientes que rechazan el tratamiento algunos lo hacen sabedores de qué tipo de intervención se les está ofreciendo y otros lo rechazan sin conocerlo. Es extremadamente complicado obtener datos fiables en relación a los motivos que tienen los pacientes para rechazar el tratamiento y en concreto conocer las variables que facilitan el rechazo: el centro, la atención que se ofrece en el centro, el/los psicólogos, el tipo de tratamiento, etc. Algunos pacientes **no acuden a la primera** visita que habían programado, este es el caso de un 6,9% de los clientes de la UTC_UB (Bados et al., 2007) y un 8,2% de los clientes de la CUP_UCM (Fernández-Arias et al., 2015). En el estudio llevado a cabo por Gunter et al. (2015) con pacientes que padecían TEPT vieron que el mayor riesgo de no adherencia al proceso estuvo antes de la primera sesión, siendo un 16% los clientes que no acudían a la primera cita.

Según observa Garfield (1994) tras revisar la literatura científica, los porcentajes de rechazo de la terapia psicológica oscilan entre el 23% y el 49%. Garfield (1994) hipotetizó sobre algunas de las causas que pueden asociarse al rechazo de la terapia: motivación inadecuada para con la terapia, miedo a descubrir que los problemas que se padecen son serios, reticencias a la hora de aceptar que se necesita ayuda para resolver las dificultades personales, el estigma que puede suponer el visitar a un profesional de la salud mental y un cambio significativo en la situación vital. Cabe esperar que estas causas puedan variar mucho entre diferentes individuos.

Vista la prevalencia de pacientes que rechazan el tratamiento, nos disponemos a analizar las tasas de abandonos publicadas en diferentes MA, revisiones y en estudios que se han llevado a cabo en centros asistenciales públicos y, privados, en centros universitarios de formación clínica y en unidades clínicas de investigación con diferentes trastornos psicológicos. Estos datos se recogerán en la Tabla 4.

Los pacientes que no acuden a la primera sesión de terapia, ¿deberían ser considerados abandonos? No coinciden todas las investigaciones sobre los abandonos en relación a esta cuestión, pero entendemos que el abandono se produce una vez se ha iniciado el proceso de intervención en la práctica clínica o bien cuando se cumplen los criterios de inclusión en un estudio y se acepta participar.

Las tasas de abandono presentan algunas dificultades en relación a su posible comparación. Un aspecto a destacar en este sentido es que la forma de **definir los abandonos** que utilizan los diferentes estudios analizados no coincide en muchos casos (Garfield, 1994; Hatchett y Park, 2003; Swift y Greenberg, 2012). En la literatura se presentan, como hemos estado discutiendo en el apartado anterior, diversos criterios para definir el mismo constructo y distintas definiciones han dado lugar a una notable heterogeneidad en las tasas de abandono. En el MA de Wierzbicki y Pekarik (1993), que incluye estudios que representan una amplia variedad de contextos de intervención, diagnósticos y tipos de

tratamientos, las tasas de abandono que se obtuvieron según las distintas definiciones de abandono fueron: un 36% para “no atender a una sesión programada”, un 48,4% para el juicio del terapeuta y un 48,2% definido como número de sesiones (duración del tratamiento). Swift y Greenberg (2012) encontraron que cuando la definición de abandono se determina según el juicio del terapeuta se obtienen porcentajes más elevados (37,6%) que cuando se define el abandono como no completar un número determinado de sesiones (18,3%) o bien un protocolo de intervención (18,4%). Un aspecto destacable según los investigadores era el hecho de que la forma como cada estudio **definió el abandono** influyó las tasas del mismo.

Si empezamos comparando los resultados de los MA de Wierzbicki y Pekarik (1993) y de Swift y Greenberg (2012) podemos ser optimistas dado que en tan solo dos décadas las tasas globales de abandono (según todas las definiciones juntas) parecen haberse recudido más del 50%: pasando de una tasa del 47% en el primer estudio al 19,7% (rango de 0% a 75%) en el segundo. Swift y Greenberg (2015) lanzaron algunas hipótesis para explicar dicho descenso: quizás durante los últimos años los terapeutas son más hábiles para detectar qué es lo que los clientes quieren y necesitan. Quizás otra cuestión importante relacionada con este descenso puede ser debido a que en las últimas décadas se han publicado muchos más datos sobre los abandonos en terapia psicológica. Teniendo en cuenta que ambas revisiones utilizan estudios diferentes en sus análisis, parece que en el MA de Wierzbicki y Pekarik (1993) los estudios analizados incluyen los abandonos porque era el objetivo del estudio o bien porque este fenómeno supuso un problema importante que los investigadores valoraron destacar. En cambio, en el segundo MA los investigadores comprobaron que los estudios más recientes incluyen muchos más datos referidos a los abandonos.

El MA que llevaron a cabo Fernandez et al. (2015) sobre investigaciones que aplicaron **TCC** como modelo de tratamiento obtiene unas tasas de abandono algo superiores (26,2%) a las del MA de Swift y Greenberg (2012). Los autores interpretan estos resultados argumentando que en su MA no se excluyen los estudios referidos a abuso de sustancias, niños y adolescentes y estudios que incluyen nuevas modalidades de intervención como la terapia on-line. Parece que las variables que no excluyeron pueden estar muy relacionadas con altas tasas de abandonos.

Los datos aportados por Olfson et al. (2009) procedentes de una encuesta nacional contestada a domicilio (National Comorbidity Survey Replication) por 1.664 sujetos, indicaban que las tasas de abandonos entre los pacientes ambulatorios que atendían a servicios de salud mental americanos eran un 19% para los pacientes atendidos por profesionales de la salud mental (no psiquiatras) y un 15% los pacientes atendidos por psiquiatras, siendo la más alta un 32% los pacientes atendidos por médicos generalistas.

En función del **tipo de trastornos psicológico**, las tasas de abandono que se obtuvieron en algunos estudios que hemos querido destacar son las siguientes:

Las tasas de abandono para depresión fueron del 44%, para TP del 39%, para diagnósticos comórbidos el 39%, para TCA 38%, para trastorno psicótico 35%, para TEPT el 25% y para trastornos de ansiedad el 22% (Sharf et al., 2010).

Las tasas de abandono con TCC fueron del 20,4% para depresión; 23,7% para TCA; 15,2% para TAG; 14% para TOC; 17,5% para trastorno de pánico; 28,5% para TEPT; 18,3 para fobia social y 11,3% para trastorno somatomorfo (Swift y Greenberg, 2014).

En el caso de la **distimia** las tasas de abandono van desde menos del 10% a alrededor del 50% (McFarland et al., 2004), siendo las más frecuentes entre el 15% y el 25%.

Mahon (2000) llevó a cabo una revisión exhaustiva de las tasas de abandono publicadas para la **BN** y la **AN**. Las tasas de abandono encontradas oscilan entre el 15% (en situaciones de tratamiento controladas) y el 65%. Para tratamientos regulares sería del 30%. En el caso de la AN la autora describió muchas dificultades en la recolección de los datos por la falta de reporte de los mismos en los estudios y concluyó que tasas de alrededor del 50% de abandonos son habituales. DeJong et al. (2012) revisaron un total de 19 estudios de los cuales 7 eran sobre psicoterapia individual para AN. La tasa de abandono para la mayoría de los tratamientos osciló entre el 20% y el 40%, aunque el rango estuvo entre el 8% y el 100%.

Imel et al. (2013) llevaron a cabo un MA para valorar las tasas de abandono que se derivan de los tratamientos para el **TEPT**. Encontraron que la tasa media de abandonos de los 42 estudios que analizaron (pudiendo hacer 17 comparaciones directas) fue del **18%**, aunque esta tasa varió significativamente en los diferentes estudios.

La aplicación de los tratamientos psicológicos en la **práctica clínica habitual** frente a las investigaciones controladas genera mayores tasas de abandonos (Garfield, 1994; Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Esto va en la línea de que los tratamientos psicológicos tienen más probabilidades de ser eficaces que clínicamente útiles. En el MA de Van Ingen et al. (2009) con once estudios llevados a cabo en práctica clínica habitual, obtuvieron una tasa de abandono del 26,8%, en este caso, similar a las tasa obtenida por Fernandez et al. (2015).

Los abandonos son la principal amenaza a la viabilidad de los tratamientos, como se ha discutido en el capítulo 1 del presente trabajo. Otros estudios han mostrado porcentajes de abandono más elevados: un 41% en el estudio de Rothbaum y Shahar (2000) con 39 clientes que padecían TOC y un 72% en el estudio de Zayfert et al (2005) con 115 pacientes con TEPT.

1.4 SESIONES ATENDIDAS Y MOMENTO EN QUE SE PRODUCEN LOS ABANDONOS

En muchas ocasiones no queda claro en los estudios revisados a cuantas sesiones atienden los pacientes o en qué momento se ha producido el abandono. En ocasiones no está claro el porcentaje de pacientes que rechazan el tratamiento o los que abandonan temprano (en las primeras sesiones del tratamiento) y los que lo hacen de forma tardía (atender al menos a 5 sesiones). En la Tabla 4 ofrecemos una síntesis de algunos de los datos hallados sobre esta cuestión.

Las tasas de **abandono tras la primera visita** son bastante elevadas. Según los datos obtenidos por Baekeland y Lundwall (1975) en su revisión, la tasa oscilaría entre el 20% y el 50%. Posteriormente, Lambert et al. (2001) estimaron en un 33% los pacientes que acudían solo a una sesión, habiendo analizado una muestra de 10.000 pacientes a partir de una base de datos nacional americana. Revisiones americanas sobre psicoterapia sugieren que entre un tercio y la mitad de los clientes que acuden a la primera sesión de valoración (*intake*) ya no acuden a la primera sesión de terapia (Phillips 1985; Hansen et al., 2002).

Baekeland y Lundwall (1975) hallaron que entre el 31% y el 56% de los pacientes acuden tan solo a 4 sesiones. Otra encuesta nacional americana halló que el 44% de los adultos visitados por psicólogos y psiquiatras acuden a menos de cuatro sesiones (Howard et al., 1989). La mayoría de los pacientes atienden entre 6 y 8 sesiones (Phillips, 1985). En estudios posteriores, entre el 65% y el 80% de los pacientes que acuden a menos de 10 sesiones, entre el 43% y el 63% lo hacen a menos de 5 y el 33% solo a 1 (Garfield, 1994; Pekarik, 1993). En España los tres porcentajes anteriores han sido 47%, 29% y 16% respectivamente en la práctica habitual de una clínica universitaria (Balaguer, Bados y Saldaña, 2005).

Por lo que se refiere al número de **sesiones atendidas** por los clientes, tras revisar la literatura vemos que son relativamente pocas, tal y como se muestra en la Tabla 3 y ampliando estos datos en la Tabla 4.

Tabla 3. Resumen de las sesiones atendidas en diferentes estudios.

Asistencia	Sesiones atendidas			
	Rango	Moda	Mediana	Media
Pekarik (1993) USA:				
Asistencia pública		1	3,5	5
Práctica privada		1	4,5	12
Lambert (2001)				
		1	3	4,3

A partir de 217 pacientes españoles de la práctica habitual de una clínica universitaria, los datos anteriores han sido moda = 1, mediana = 11 y media = 15,3 (Balaguer, Bados y Saldaña, 2005). Resultados prácticamente idénticos fueron obtenidos por Labrador et al. (2010).

Una posible explicación sería que se estuvieran aplicando tratamientos psicológicos breves, pero parece que no es el caso en la mayor parte de los estudios. El dato responde más bien al problema de los abandonos en psicoterapia (Garfield, 1994).

Tabla 4. Porcentajes de abandonos, momento en que se producen y sesiones atendidas, obtenidos en algunos de los estudios analizados (mayoritariamente de TCC).

MA y revisiones eficacia Definición de abandono	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Baekeland y Lundwall (1975) No atender a un número determinado de sesiones	Revisión	20% - 57%	20%-57% abandonan tras la 1ª sesión 31%-56% antes de la 4ª visita	Rango: 3 a 13
Wierzbicki y Pekarik (1993) Se ha empleado la definición de cada estudio.	125 estudios (MA)	47% 41,5%: Centro universitario de counselling o clínica en departamento de psicología 43,7%: Clínica privada 50%: Centro público 51,2%: Otros		
Sharf et al. (2010) Se ha empleado la definición de cada estudio.	11 estudios (MA) N=1.301	56% (53%-59%)		
Swift y Greenberg (2012) Se ha empleado la definición de cada estudio.	669 estudios (MA) N=83.834 adultos en psicoterapia	19,7% (0%-74%: 75 estudios tasas de 5% o menos y estudios tasas de más del 70%)		
Swift y Greenberg (2014) Se ha empleado la definición de cada estudio.	587 estudios (MA) Analizan 12 diagnósticos tratadas desde 13 enfoques	11,1% (tr. Somatomorfos)-24,9% (duelo)		
Fernandez et al. (2015) Se ha empleado la definición de cada estudio	115 estudios TCC (MA) N= 20.995	26,2% durante el tratamiento (0%-84%)	15,9% antes del tratamiento (0%-47%)	
MA y revisiones Tr. Ansiedad	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Gould et al. (1995) Definición no informada	43 ECA (MA) Agorafobia/ Tr. pánico 76 tratamientos	5,6% TCC- 7,2% grupo control 19,8% T. farmacol.- 32,5% placebo farmacol. 22% Combinación psicol. + farmacológico		
Mitte et al. (2005) Definición no informada	124 ECA (MA) Trastorno de pánico	18,3% TCo 12,7% TCC 20,5% Tto. psicológico + farmacológico		
Choy et al. (2007) Se ha empleado la definición de cada estudio.	Revisión 29 ECA Fobia específica	0-45% (tasas más elevadas fobia dentista)		
Barrera et al. (2013) No se especifica la definición de cada estudio	MA 12 ECA TEPT N=651 clientes	26,4% (0-36%) TCC con exposición a detalles del trauma en sesión 18,9% (1-29%) TCC sin exposición a detalles del trauma de sesión.		

Tabla 4. Porcentajes de abandonos, momento en que se producen y sesiones atendidas, obtenidos en algunos de los estudios analizados (mayoritariamente de TCC (continuación)).

MA y revisiones Tr. Ansiedad	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Imel et al. (2013)	42 estudios TEPT (MA)	36% Tratamiento centrado en el trauma 18% Tratamiento no centrado en el trauma		
Gava et al. (2007)	Revisión Cochrane TOC N=241	23% TCC		
Öst et al. (2015) Empezar y no terminar un programa de tratamiento	37 ECA TOC (MA)	15,5% (12,5-19,5%) TCC 11,4% (7,4-17%) TC 19,1% (16,1-22,7%) EPR 32% (24,2-40,9%) EPR + TCC+ antidepresivos	25% rechazan para EPR 15% rechazan tto (0-63%)	
Skapinakis et al. (2016d) Empezar y no terminar un programa de tratamiento	43 ECA TOC (MA)	18% Total 12,5% TCC (8 estudis) 11% TC (9 estudios)		
Barkowski et al. (2016)	33 ECA TOC (MA)	15,2% (12,6-17,7%) 17,1% terapia grupal 14,5% terapia individual		
Pompoli et al. (2016) Empezar y no terminar un programa de tratamiento	4 ECA TOC (MA) N= 278 clientes	6% TCC		
MA y revisiones TDM	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Cooper y Conklin (2015)	54 estudios TDM (MA) N= 5.852	19,9% (0%-42%) estudios 17,5% (0%-50%) 80 tratamientos psicológicos		
MA y revisiones TCA	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Fassino et al. (2009) Características definiciones: a) Interrupción iniciada por el paciente o por el terapeuta b) % del programa de tratamiento completado	26 estudios TCA (MA)	20,2%-51% Pacientes hospitalizados 29%-73% Pacientes ambulatorios		
DeJong et al. (2013) Revisión Se ha empleado la definición de cada estudio.	19 estudios TCA (4 farmacológicos, 15 ≠ modalidades psicológico y nutricional)	20%-40% terapia individual (4,8% terapia familiar breve - 100% intervención nutricional)		
MA y revisiones utilidad clínica	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Definición de abandono Van Ingen et al. (2009) Clientes que empezaron el estudio de utilidad clínica pero no completaron la valoración en el postratamiento.	Trastornos de Ansiedad (MA) Utilidad clínica ITT	26,8% Tr. ansiedad		

Tabla 4. Porcentajes de abandonos, momento en que se producen y sesiones atendidas, obtenidos en algunos de los estudios analizados (mayoritariamente de TCC (continuación)).

MA y revisiones utilidad clínica Definición de abandono	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Cuijpers (1998) Se ha empleado la definición de cada estudio.	14 estudios de utilidad clínica TDM (MA) N= 799	23% (0%-47%)		
Hans y Hiller (2013a) Proporción de pacientes que atendieron por lo menos a una sesión pero a menos de las necesarias para completar el tratamiento.	51 (de 71) estudios no aleatorizados Utilidad Clínica TDM (MA) 36,6% ITT	15,1% Trastornos de ansiedad 17,5% Trastorno de Pánico 15,3% Ansiedad Social 11,7% TOC 27,7% TEPT		M = 18 (DT= 7)
Hans y Hiller (2013b) Proporción de pacientes que atendieron por lo menos a una sesión pero a menos de las necesarias para completar el tratamiento.	34 estudios no aleatorizados Utilidad Clínica TDM (MA) N= 1.880	24,6%		M = 21 (DT=10)
Estudios Utilidad clínica	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Persons et al. (1988)	N= 70 clientes con TDM Práctica privada	50%		M = 12,2
Issakidis y Andrews (2004) Definición no informada	N=731, ansiedad. Programa intensivo	10,3% (no incluye los que dejan de acudir durante la evaluación)	30,2%: rechazo activo (12,6%) y no acuden a la 1ª visita (17,6%)	
Krebs et al. (2012) Terminación unilateral del tratamiento	N=144 T. ansiedad	76,6%		M = 5,3 (DT= 4,9)
Addis et al (2004) Abandonar antes de 8 sesiones	N= 80 clientes con tr. de pánico (73% con agorafobia)	26% (TCC)	13,75% (6,25% TCC) no acuden a la 1ª visita	
Lincoln et al. (2003) Empezar y no terminar un programa intensivo de tratamiento de 6 semanas	N= 217 pacientes con ansiedad social	8%	10% rechazan el tratamiento	
Lincoln et al. (2005) Empezar y no terminar un programa intensivo de tratamiento	N=287 Fobia social	15%	16% rechazan el tratamiento 6,3% (no incluye los que dejan de acudir durante la evaluación)	
Kehle (2008) No completar un protocolo de 8 sesiones de tratamiento	N= 29 clientes TAG	72,4% (TCC adaptada del Borkovec y Costello, 1993)		

Tabla 4. Porcentajes de abandonos, momento en que se producen y sesiones atendidas, obtenidos en algunos de los estudios analizados (mayoritariamente de TCC (continuación)).

Tabla 4. Porcentajes de abandonos, momento en que se producen y sesiones atendidas, obtenidos en algunos de los estudios analizados (mayoritariamente de TCC (continuación)).

Estudios Utilidad clínica	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Zayfert et al. (2005) Dejar el tratamiento antes de conseguir los objetivos terapéuticos	N= 115 clientes con TEPT (USA) Práctica privada	72% (24% habían empezado exposición imaginal –EI–)	Solo 1 paciente había recibido + de 6 sesiones de EI.	M = 16
Gunter et al. (2015) Definición no informada	TEPT N=321	39%	16% antes de la 1ª visita 83% abandonan durante 5 primeras sesiones	
Rothbaum y Shahr (2000)	N= 39 clientes con TOC (USA) Práctica privada (terapeuta 14 a. experiencia)	41% (N=16)	Tras evaluación (28,2%) Acuden a 5 sesiones (12,8%)	
Montaño y Froján (2005)	N= 17 (59%) casos clínicos TOC N= 12 (41%) casos publicados TOC	12% 0%	Evaluación	7,8 meses 4,4 meses
Aderka et al. (2011) Definición no informada	N=121, TOC	25,6%	16,1% no acuden a la 1ª visita 35,5% (5 primeras sesiones) 48,4% (entre la 6ª y la 14ª)	
Mancebo et al. (2011) No continuar antes de finalizar el protocolo de EPR en TCC	N=202 TOC	31% (condición TCC)		
Visser y Bouman (2001) No completar protocolo tratamiento	N=78, Hipocondría (DSM-IV) TCC (EPR, TC) vs grupo control	28,2%		
Merrill et al. (2003) Terapeuta considera que no se han alcanzado los objetivos terapéuticos	N=192 (TDM) USA Centro asistencial comunitario	68%		M = 7,8
Westbrook y Kirk (2005)	N=1646 (T estado de ánimo) TCC. UK	22,5%		
Persons et al. (2006)	N= 58 clientes con TDM Práctica privada	--		M = 18 (Rango 4-54)
Arnow et al. (2007) Definición no informada	N=681 TDM Se comparan 3 condiciones de tratamiento: farmacológico (F); CSASP, combinación de ambos (C).	24% F: 25% CBASP: 23% C: 21%	55% durante las cuatro primeras semanas 69% durante las seis primera semanas	Media: 31 (F:27; C: 40; CBASP: 28;) Me = 26,5
Simon y Ludman (2010)	N= 238 Síntomas depresivos Asistencia pública	65,5%	22,3% no acuden a la 1ª visita 43,3% tras la 1ª visita 15%: acuden solo a 2 visitas 12% acuden solo a 3 visitas 9% acuden solo a 4 visitas 21% atienden 5 visitas o más	

Tabla 4. Porcentajes de abandonos, momento en que se producen y sesiones atendidas, obtenidos en algunos de los estudios analizados (mayoritariamente de TCC (continuación)).

Estudios Utilidad clínica	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Lopes et al. (2015)	TDM N=63 (Protocolo 20 sesiones)	36,5%	48% tras la 4ª sesión 91% tras la 10ª sesión	
Morlino et al. (2007)	N=100 TCA , Asistencia pública Italia	53% (43%-63%)		
Björk et al. (2009) Empezar y no terminar un programa intensivo de tratamiento	N=465 TCA	12% (debe tenerse en cuenta que del total de la muestra un 69,5% estaba en tratamiento al recogerse los datos y un 18,5% lo habían completado).		
Thormählen et al. (2003) Entrar en el estudio: no atender a ninguna sesión o terminar por iniciativa propia.	N=60, TP Terapia de apoyo-expresiva	35% (25%-46%)	10% no acuden a la 1ª visita 50% antes de la 7ª sesión	
Swift y Callaghan (2011) Juicio del terapeuta	N=60 (Ansiedad y depresión) Grupo control (GC): sin educación pre tratamiento y Grupo experimental (GE): con educación pre-tratamiento	55% (42%-67%) GC: 77% GE: 31%		GC: 5,9 (DT=7,3) GE: 10,59 (DT=9,9)
Self et al. (2005) Abandono unilateral sin acuerdo	N= 676 (52% ansiedad y depresión) UK Asistencia pública (≠ modelos tratamiento)	60% No completan	23% rechazan 13% no acuden a la 1ª visita 24% durante el tratamiento	
Davis, Hooke, y Page (2006) Empezar y no terminar un protocolo	N=946, depresión o ansiedad	12,3% (14,4% visitas consulta y 11,8% hospitalizados)		
Clínicas universitarias de formación	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
Kokotovic y Tracey (1987)		22% tras la primera sesión		
Hunt y Andrews (1992)	N=432 (Trastorno de ansiedad) Protocolo corto intervención. Unidad TCC de investigación clínica (Australia)	17%	20,8% Rechazan	
Smith et al. (1995)	N=74	26%		
Morlino et al. (1995)	N=158 (55% ansiedad y 20% esquizofrenia) Italia	82%	63% (tras la 1ª visita)	
Keijsers et al. (2001)	N=161, Pánico con o sin agorafobia	19,9%		
Hatchett y Park (2003) Especificada en porcentajes (juicio del terapeuta/ no acudir última sesión)	N= 85	40.8% 53.1%. (división por la mediana) 35% ECA 34% Estudios clínica habitual	17.6% tras la 1ª sesión	

Tabla 4. Porcentajes de abandonos, momento en que se producen y sesiones atendidas, obtenidos en algunos de los estudios analizados (mayoritariamente de TCC (continuación)).

Clínicas universitarias de formación	Nº Estudios / Muestra	% de abandonos	Momento en que abandonan	Sesiones atendidas
McFarland y Klein (2004)	N=121, Tr. Distimico Seguimiento a 90 meses	63,5% (75% de los que abandonaron, volvieron al tratamiento en una media de 32.90 meses).	34% tres primeros meses antes de la recuperación (89.6% volvieron al tratamiento en una media de 40.93 meses).	
Balaguer et al. (2005) Duración del tratamiento (14 sesiones)	UTC_UB N=217, Ansiedad, estado de ánimo y TCA		16% tras la 1ª sesión 29% antes de la 5ª sesión 47% antes de la 10ª sesión	M = 15,3 Mediana: 11 Moda: 1
Bados et al. (2007) Duración del tratamiento (14 sesiones)	UTC_UB N=233, Ansiedad, estado de ánimo y TCA	43,8%	28,1% tras la 1ª sesión 51,7% antes de la 5ª sesión 86,5% antes de la 10ª sesión	
Lampropoulos et al. (2010)	N= 112	38%		
Labrador, et al. (2010)	CUP_UCM	31,66%	75,7% abandona antes de la sesión 14	Rango 1-47
Wesmacott et al. (2010) Terminación unilateral	N=118 Tr. Ansiedad (30%), Tr. Estado ánimo (26%) i otros (41%)	35%		
Labrador y Ballesteros (2011) No finalizar con éxito el tratamiento	N=71 Fobia social	24,5%		M = 3,8 (eval); 16,1% (tto) Mediana y moda: 4
Bernaldo-de-Quirós et al. (2012) Juicio del terapeuta	N=282. Ansiedad. CUP_UCM	29,4% Total muestra 14,3% T. Pánico con agorafobia 22,9% T. Pánico sin agorafobia 30,2% Fobia social 36,8% Fobia específica 38,5" TAG 33,3% T. ansiedad n.e. 38,7% TOC 27,3% TEPT		
Clough y Casey (2014)	N=139. Ansiedad/estado de ánimo	54,28% con SMS recordatorio 34,78% sin SMS recordatorio		
Fernández-Arias et al. (2016)	N= 291. Ansiedad. CUP_UCM	8,2% + 28,5% = 36,7%	8,2% Rechaza el tratamiento 14,25% (7 primeras sesiones)	
Brunnbauer et al (2016) No finalizar protocolo intervención en función del diagnóstico	Clínica Universitaria Psicológica (Australia) N= 82 clientes presenciales y 20 clientes atendidos por video-conferencia	37,8% (presenciales) 45% (video-conferencia)		M = 5,3 (presenciales)

MA: Metanálisis; M: Media; Me: Mediana.

1.5 MOTIVOS POR LOS QUE LOS PACIENTES ABANDONAN LA PSICOTERAPIA

La disparidad de motivos por los que los pacientes abandonan la terapia y las implicaciones que tienen dichos motivos, provocan que podamos cuestionarnos hasta qué punto todos los abandonos cabrían bajo el mismo paraguas de una misma categoría. Poco o nada tienen en común el hecho de considerar que se ha mejorado, la imposibilidad de asistir por haber sido ingresado en un hospital o dejar de acudir a una sesión programada y a las siguientes por estar desmotivado con el tratamiento o con el terapeuta. Todas estas situaciones desembocan en el mismo concepto: el abandono en terapia psicológica. Comprender las razones por las cuales los clientes abandonan la terapia puede ofrecernos algunas de las claves que nos permitan analizar y proponer las estrategias que nos permitirán reducirlos (Swift et al., 2012).

En este apartado vamos a analizar los motivos de abandono informados por los pacientes, a diferencia del siguiente punto del trabajo en el que se abordaran las variables que se asocian a los abandonos según los datos aportados por estudios empíricos. No siempre los clientes informan de los motivos que tienen para abandonar. Klein et al. (2003) analizaron las diferencias entre quienes notifican y los que no lo hacen y hallaron que caracterizaban a quienes no notificaban el ser mujer, haber asistido a menos de cuatro sesiones y presentar unas puntuaciones de funcionamiento general más bajas.

Pero antes de empezar con el análisis de los motivos que reportan los clientes al abandonar, nos ha parecido interesante hacer un apunte sobre las **razones** que daban algunas estas personas para **no iniciar un tratamiento**. En un estudio realizado por Mancebo et al. (2011) con pacientes que presentaban TOC, concluyeron que el motivo más frecuente por el que decidían no iniciar el tratamiento fue las barreras ambientales (no encuentran un centro con TCC para tratarse, no se pueden permitir el tratamiento, dificultad para poder concretar una cita...). Otro motivo fue las creencias acerca del tratamiento (no me va a ser provechoso, no aprenderé nada...). En tercer lugar aparecía el miedo/ansiedad a empezar el tratamiento.

Los clientes y los terapeutas tienden a hacer atribuciones diferentes respecto a la interrupción de la terapia y también sobre el éxito de la misma (Hunsley et al., 1999; Pekarik y Finney-Owen, 1987). Al mismo tiempo parece que las perspectivas de los clientes y los terapeutas respecto a los motivos del abandono no son convergentes, (Hunsley et al., 1999; Pekarik y Finney-Owen, 1987; Todd et al., 2003). No existen muchos estudios que informen de los motivos que tienen los clientes para terminar y en muchos casos la falta de datos conlleva que sean los clínicos los que hipotetizan sobre las posibles razones.

Hunsley et al. (1999) revisaron las razones para abandonar de 194 clientes y vieron que cuando las razones para abandonar eran negativas era menos probable que los terapeutas las pudieran identificar. Estos hallazgos se confunden por el hecho de que los clientes tienden a valorar como satisfactorio el servicio recibido incluso cuando tienen razones para terminar el tratamiento, lo que genera que los terapeutas vean limitada su capacidad de responder adecuadamente a las reacciones negativas de los clientes. Los investigadores concluyeron que se debería prestar más atención a las discrepancias entre las expectativas de los clientes y de los terapeutas para poder disminuir las altas tasas de abandonos en la práctica clínica.

Como se ha comentado al principio del presente punto del trabajo, algunos de los estudios utilizan instrumentos para medir los motivos de abandono. Ejemplos de este tipo de pruebas son el **Reasons for Termination Coding System –RTCS** (Hunsley et al., 1999), el **Termination Questionnaire** (Millar et al., 2001) y el **Termination Status Questionnaire- TSQ** (Reis y Brown, 2006).

Pekarik (1983) propuso, en **tres categorías**, la conceptualización más explícita de las razones para los abandonos prematuros: **mejora** de los problemas, **insatisfacción** con el tratamiento e **impedimentos ambientales**. En su estudio la muestra se repartió de forma equitativa entre las tres categorías. Entre estas razones puede observarse que no aparecen motivos relacionados con el terapeuta (Pekarik y Finney-Owen, 1987), aunque quizás se puedan incluir en la segunda categoría.

Todd et al. (2003) añadieron a las categorías de Pekarik (1983) “falta de motivación o resistencia” y una última categoría que implicaba considerar la perspectiva del terapeuta en los motivos de abandono descritos, que también pudieran deberse a este.

A su vez, Arnow et al. (2007) propusieron **cuatro categorías** para clasificar los motivos de los abandonos en su trabajo con clientes depresivos crónicos, que fueron: **acontecimientos adversos** (referida a los efectos adversos que ha podido producir el tratamiento), **falta de eficacia** (cuando los clientes recaían en sus problemas o presentaban sintomatología depresiva), **descontinuación consentida** (para clientes que decidían no participar más en el tratamiento) y **otros** (clientes de los que no se tenían datos del seguimiento o que terminaron el tratamiento por una razón conocida como traslado de domicilio, tener un nuevo trabajo...).

Analizaremos más detenidamente los principales motivos de abandono:

EL CLIENTE CONSIDERA QUE HA MEJORADO:

Si atendemos a los datos que presentaron Barkham et al. (2006) sobre la relación entre la duración del tratamiento y los resultados, podríamos hipotetizar que **la mayoría de los clientes habrían mejorado en el momento del abandono**. En concreto, encontraron que más del 50% de los

clientes lograban un cambio fiable y un cambio clínicamente significativo en relación a sus síntomas en solo una o dos sesiones. **En este caso eran pacientes que habían abandonado el tratamiento** pero Cahill et al. (2003) comprobaron que el 13% de los pacientes con depresión que abandonaron el tratamiento consiguieron un elevado estado final de funcionamiento (con puntuaciones en el BDI \geq 13). A su vez consiguieron dicho estado final un 71% de los clientes que completaron el tratamiento (reducciones de 7 puntos en el BDI).

Las medidas de resultados obtenidas en diferentes investigaciones corroboran esta percepción de mejora de los clientes (Castañeda y Mira, 1998; Pekarik, 1992b; 1993). Los porcentajes de mejora obtenidos oscilan entre el 30% y el 44% (Pekarik, 1993), siendo los pacientes que abandonan en las primeras sesiones los que consiguen peores resultados en mejora, a diferencia de los que abandonan tarde. Otros estudios muestran que entre un 13% y un 44% de los clientes que abandonan informan haberlo hecho por haber conseguido una mejora de sus problemas (Castañeda y Mira, 1998; Moré et al., 2002; Swift y Greenberg, 2015). Es importante destacar que según la definición de abandono que se utilizara, quizás estos pacientes no serían considerados como tales. Es decir, no se considerarían abandonos si se hubiera definido el abandono como “cambio clínicamente significativo” en lugar de “dejar de completar un protocolo de intervención” o “no acudir a una sesión programada (Cita perdida) y discontinuar el tratamiento”.

Pekarik (1983) encontró que el 39% de los pacientes que abandonaban decían no necesitar más el servicio. Sus puntuaciones del Brief Symptom Inventory en el momento de finalizar el tratamiento habían descendido significativamente. Llegados a un punto del proceso de tratamiento, algunos clientes pueden ver que el coste de asistir a más sesiones excede los beneficios adicionales previstos. Esta percepción es ignorada por muchos terapeutas (Hunsley et al., 1999).

Hunsley et al. (1999) estudiaron la correspondencia entre los motivos del cliente y del terapeuta en relación a los abandonos. “Haber conseguido los objetivos” fue la razón más respaldada por ambos: 44% de los clientes y 39% de los terapeutas. En el estudio de Keijsers et al. (2001), el 20.6% de los clientes se auto-consideraron suficientemente mejorados, motivo por el cual decidieron terminar la terapia. Los resultados de Bados et al. (2007) muestran que el 13% de los clientes que abandonaron dijeron haber mejorado. Se definió el abandono como haber interrumpido el tratamiento antes de realizar 14 sesiones, excepto en los casos en que se hubiera conseguido una mejora apreciable antes de estas sesiones. Este porcentaje subió hasta un 27,5% cuando el abandono se definió según el juicio del terapeuta (Balaguer et al., 2005).

A su vez, cabe mencionar que un 40% de los clientes mejora espontáneamente (debido a factores externos a la terapia, relacionados con el entorno de los clientes) durante los tres primeros años de

padecer el trastorno y por consiguiente, abandona la terapia prematuramente, a menudo sin explicar sus razones a los terapeutas. Es un fenómeno similar al placebo en los grupos control. Algunos ejemplos de factores ambientales que pueden contribuir a la mejora son el incremento del apoyo social por parte de compañeros, la familia y amistades (Hubble et al. 1999; Lambert, 2004).

Todd et al. (2003) hallaron que el motivo de “reducción de los problemas/no hay más necesidad” fue, desde la perspectiva de los clientes y de los terapeutas, el segundo más codificado con un 14% y un 28% respectivamente.

FALTA DE MOTIVACIÓN:

Desde la perspectiva de los terapeutas, la falta de motivación y la resistencia son los integrantes de la insatisfacción que presentan los pacientes.

Bados et al. (2007) vieron que de los clientes que abandonaban la terapia, un 46,7% decían hacerlo por baja motivación o insatisfacción con el terapeuta o el tratamiento (motivo que se detallará en el siguiente punto). En otros estudios esta tasa ha sido del 26% (Castañeda y Mira, 1998), del 33% (Moré et al., 2002), del 35% (Pekarik, 1983) y del 40% (Pekarik, 1992b).

INSATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (POCOS LOGROS/ LENTOS) O EL TERAPEUTA O NO EXISTE UNA BUENA ALIANZA TERAPÉUTICA:

En el estudio de Pekarik (1983) un 26% aseguraron abandonar por desagrado con el servicio que recibían. Según lo que recogen algunos trabajos de investigación parece que entre el 8% y el 34% de los clientes afirman sentirse insatisfechos con la terapia (Todd et al., 2003).

Hunsley et al. (1999) encontraron que el 34% de los clientes manifestaron su **insatisfacción** mediante el ítem “La terapia no va a ninguna parte”, mientras que ninguno de los terapeutas correspondientes codificó la insatisfacción como motivo principal de abandono. En el estudio de Todd et al. (2003) menos del 10% de los terapeutas codificaron el abandono como “el cliente no está satisfecho con la terapia” o “el cliente está desmotivado”.

Las razones por las que, con más frecuencia, dijeron abandonar los clientes con trastorno de pánico estudiados por Keijsers et al. (2001) fueron, en un 50% de los casos: **Insatisfacción** con la TCC, insatisfacción con el nivel de cambio que habían alcanzado hasta el momento, insatisfacción con el protocolo de tratamiento (en este caso de TCC para el pánico) y rechazo a seguir con el mismo por más tiempo o falta de motivación.

Lambert et al. (2005) comprobaron que los clientes con un **nivel de mejora por debajo** de lo que sería esperable (en comparación a clientes con la misma intensidad de problema) era más probable que abandonaran.

IMPEDIMENTOS AMBIENTALES:

Algunas cuestiones como la dificultad para encontrar servicios de atención psicológica, la distancia que el cliente tiene que recorrer para llegar a la consulta, tener que esperar para recibir el tratamiento, la demora entre la sesión inicial (*intake*) y el inicio del tratamiento, la dificultad en encontrar a alguien que cuide de los hijos, tener que dejar un trabajo que es remunerado por horas... son condiciones que hacen más probable que los clientes no continúen con el tratamiento (Barret et al., 2008). Otros impedimentos serían los horarios, cuestiones económicas, problemas de salud, el cambio de domicilio, tener que asumir nuevas responsabilidades, etc. (Pekarik, 1983, 1992b; Gavino y Godoy, 1993; Castañeda y Mira, 1998; Bados et al. 2007). Algunas de estas variables se asocian con un nivel socio-económico bajo.

Por lo que se refiere a tasas según este motivo, Bados et al. (2007) vieron que de los clientes que abandonaban la terapia, un 40% decían hacerlo por impedimentos ambientales, causas prácticas o privadas. En otros estudios esta tasa ha sido del 35% (Pekarik, 1983), del 35% (Pekarik, 1992b), del 16% (Castañeda y Mira, 1998), del 31% (Moré et al.; 2002) y del 17.6% (Keijsers et al.; 2001).

Nos podríamos preguntar hasta qué punto el motivo de los impedimentos ambientales podría enmascarar otros motivos que sean más complicados de expresar por los clientes (como la insatisfacción con el tratamiento o con el terapeuta). En los estudios de Pekarik (1983; 1992b) los pacientes que adujeron este motivo habían mejorado. Quizás las prioridades cambien cuando la sintomatología se reduce.

Mancebo et al. (2010) hallaron, para los clientes que abandonaron el tratamiento, que la dificultad para atender a las sesiones fue la razón más frecuente.

EL TERAPEUTA COMO FUENTE DE FINALIZACIÓN PREMATURA:

Los terapeutas, por un lado pueden referir **cuestiones personales**, (embarazo, cambio de trabajo o de domicilio, etc.), y por otro pueden indicar **cuestiones relacionadas con el paciente o con el proceso terapéutico** (no conseguir los resultados esperados, conveniencia de otro tipo de intervención para el paciente, falta de cumplimiento por parte del paciente, problemas con los límites). Estas últimas implican la flexibilidad necesaria por parte del terapeuta para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes (DeJong et al., 2012).

Todd et al. (2003) expusieron, como se ha mencionado, que todas las razones identificadas en los clientes para terminar también podrían ser aplicables a los terapeutas. Parece interesante tener en cuenta las razones por las que los **terapeutas finalizan o propician el final** del proceso terapéutico. Las primeras son razones más explícitas y las segundas son, en muchos casos, razones implícitas a las que los terapeutas no suelen estar muy atentos. Este último puede ser el caso de los prejuicios de los

terapeutas, que pueden generar sentimientos negativos o problemáticos hacia los clientes, afectando significativamente al curso de la terapia, incluso pudiendo facilitar la terminación del tratamiento (Mohr, 1995).

Los resultados del estudio de Todd et al. (2003) muestran que algo más de la mitad de los clientes (53%) y un 44% de los terapeutas codifican “el terapeuta” como el motivo de la terminación prematura de la terapia (en muchos casos no como la única causa). Dicho estudio, fue conducido en un centro de formación en el que había una cierta rotación entre los terapeutas noveles que conducían los casos, esto podría justificar los altos porcentajes del estudio y limitaría la generalizabilidad de los resultados. El estudio de Keijsers et al. (2001) que también fue llevado a cabo en un centro clínico de formación, obtuvo una tasa del 11,8% de los clientes que abandonó debido a un cambio de terapeuta.

La Tabla 5 muestra una recopilación de distintos motivos de abandono reportados por algunos estudios que han analizado esta cuestión.

Tabla 5. Motivos de abandono reportados por diferentes estudios.

MOTIVO DEL ABANDONO	%	ESTUDIO
El paciente considera que ha mejorado respecto a sus problemas.	39%	Pekarik (1983)
	44%	Pekarik (1992b)
	30%	Castañeda y Mira (1998)
	37%	Moré et al. (2002)
	13%	Bados et al. (2007)
Rango <i>Me</i>	13%-44%	
Consecución objetivos terapéuticos	44% clientes 39% terapeutas	Hunsley et al. (1999)
Falta de motivación y/o insatisfacción con el tratamiento o el terapeuta	35%	Pekarik (1983)
	40%	Pekarik (1992b)
	26%	Castañeda y Mira (1998)
	34%	Hunsley et al. (1999)
	50%	Keijsers et al. (2001)
	33%	Moré et al. (2002)
47%	Bados et al. (2007)	
Rango <i>Me</i>	26%-50%	
Impedimentos ambientales	35%	Pekarik (1983)
	35%	Pekarik (1992b)
	16%	Castañeda y Mira (1998)
	17,6%	Keijsers et al. (2001)
	31%	Moré et al. (2002)
	40%	Bados et al. (2007)
Rango <i>Me</i>	16%-40%	

1.6 VARIABLES ASOCIADAS A LOS ABANDONOS

Incrementar el cumplimiento terapéutico requiere comprender la naturaleza, la frecuencia y las variables asociadas a los abandonos prematuros (Edlund et al., 2002). Puede ser interesante en este sentido el análisis de las variables que pueden estar implicadas en la realidad de los abandonos.

A continuación nos adentramos en el análisis de lo que dice la literatura científica a este respecto. Algunos estudios se han dirigido a investigar predictores personales, clínicos y psicológicos con instrumentos adaptados, mientras otros estudios no han utilizado instrumentos estandarizados ni validados para dicha tarea, basándose en datos retrospectivos e historias clínicas.

Nos basaremos en la clasificación de seis categorías que propusieron Barret et al. (2008) aunque el contenido de las categorías no coincide exactamente con la propuesta de los autores.

1. Características de los clientes

Variables socio-demográficas de los clientes

En algunos MA (Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993) la **edad**, en este caso ser adulto joven, aparecía como variable asociada a los abandonos. Fernández et al. (2015) no encontraron que el tipo de cliente (adulto o adolescentes) fuera una variable que se asociara significativamente con el abandono. En los mismos MA, el **sexo**, ser varón, o no tener una relación de pareja, son variables que parecen incrementar la probabilidad de abandono en algunos estudios pero los datos no son consistentes, en algunos estudios no aparecen como significativos e incluso, en el MA de Cuijpers et al. (2008) predice el abandono el sexo femenino.

El trabajo de Bedi y Richards (2011) señala que los hombres son menos proclives a iniciar una terapia y más reacios a continuarla, y puede ser debido a las normas y los valores que sostienen. En particular, los hombres que mantienen los valores “tradicionales” norteamericanos cuestionaran más la utilidad de la terapia.

Diferentes investigaciones han relacionado el **bajo nivel socio-económico** con los abandonos (Chen 1991). Lorin (1974, 1978), investigador comunitario, describió un fenómeno que acuñó como “crisis-reactivas” que son características de la pobreza. Cuando las necesidades básicas no están cubiertas, el resto de asuntos solo reciben una atención determinada cuando llegan a niveles importantes y pasan a ser prioritarios. En ese momento los esfuerzos se centran en recibir los servicios necesarios. En el momento en que la severidad y la inmediatez decrecen también lo hace la prioridad de tratar el problema y los esfuerzos se re-dirigen a necesidades más prioritarias. Para que el esfuerzo pudiera ser sostenido se requeriría que la necesidad fuera constante y significativa. La variable bajo nivel

socio-económico se asociaría al motivo de abandono “impedimentos ambientales” descrito en el punto anterior.

Los resultados obtenidos por Baekeland & Lundwall (1975) indican que un bajo nivel socio-económico, y el ser mujer estaban fuertemente asociados a los abandonos.

Garfield (1986) llevó a cabo un MA 86 estudios sobre abandonos. Concluye que estos se relacionan más consistentemente con un **bajo nivel socio-económico**, un **bajo nivel educativo** y el hecho de pertenecer a una **minoría étnica**. El bajo nivel socioeconómico y pertenecer a minorías étnicas fueron variables que correlacionaban de forma significativa con porcentajes de abandonos más elevados (Hubble et al., 1999; Lambert 2004; Arnow et al., 2007). Johnson et al. (2014) realizaron un estudio para comparar tres condiciones de tratamiento en clientes que presentaban fobia social. Comprobaron que un factor que predecía los abandonos era la preocupación acerca de la confirmación de los estereotipos sociales (preocupación acerca de la posible evaluación negativa del terapeuta del grupo social del cliente).

Otros estudios llegan a la misma conclusión que los anteriores: un bajo **nivel educativo**, la situación de desempleo y un menor **nivel socioeconómico** (los terapeutas prefieren generalmente y se sienten más cómodos con clientes de clases sociales más altas), aumentan la probabilidad de abandono de la psicoterapia (Garfield, 1994; Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Los mismos estudios indican a su vez, el hecho de que paciente y terapeuta pertenezcan a etnias diferentes también puede favorecer el abandono. Ogrodniczuk et al. (2005) encontraron que los pacientes jóvenes con niveles educativo y socioeconómico bajo presentaban más riesgo de abandonar la terapia.

En algunos estudios llevados a cabo con pacientes que sufría **TEPT**, encontramos resultados un tanto **inconsistentes** en cuanto a cuáles son las variables que predicen los abandonos. En el estudio de Rizvi et al. (2009) dichas variables fueron un bajo coeficiente intelectual y un bajo nivel educativo, y, en cambio, los resultados de Cloitre et al. (2004) indican que no hubo diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas entre los pacientes que abandonan y los que no lo hacen, y la edad, en este caso el hecho de ser más joven, resultó ser significativo.

Puede deberse a que no hay unanimidad en cuanto a las metodologías de análisis y las definiciones de abandono.

2. Factores facilitadores o barreras:

Variables externas al tratamiento:

Algunas razones externas al proceso terapéutico como la interferencia de terceras personas, dificultades a la hora de desplazarse, haberse trasladado de vivienda, los horarios, enfermedades, la

aparición de nuevas responsabilidades, etc., afectan a los abandonos terapéuticos (Garfield, 1994; Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Estas circunstancias pueden afectar tanto a los clientes como a los terapeutas (analizadas en “impedimentos ambientales” del punto 3.4 del presente trabajo).

La **falta** de una red de **apoyos sociales** se constituye como una variable que predice los abandonos en una muestra de pacientes que acuden a un servicio de psicología clínica del hospital del distrito, de forma ambulatoria (Self et al., 2005). La variable “presentaran una red de relaciones sociales pobre” también aparece como asociada a los abandonos en el estudio de Davis, Hooke, y Page (2006).

3. Factores relacionados con la necesidad de recibir tratamiento psicológico:

Clarkin y Levy (2004) concluyeron, en su capítulo de revisión sobre las variables de los clientes que influyen en la psicoterapia, que la **severidad de los síntomas** predice el abandono y a su vez, que los clientes que se muestran **hostiles** al inicio de la terapia abandonarían antes que aquellos que se muestran abiertos y agradables. En una dirección contraria tenemos los resultados del MA de Baekeland y Lundwall (1975). Analizaron 74 estudios de abandonos en psicoterapia (62 de terapia individual, 5 de terapia infantil y 7 de terapia de grupo) y llegaron a la conclusión de que los **niveles bajos** de ansiedad y/o depresión favorecen los abandonos. Estos resultados son apoyados por los obtenidos por (Issadikis y Andrews., 2004) con pacientes que presentaban síntomas de ansiedad leves durante el pre-tratamiento.

La **mentalidad psicológica**, entendida como la habilidad de reconocer los problemas psicológicos, usar la terminología psicológica y reconocer las posibles causas psicológicas (Barret et al., 2008), aparece en diferentes estudios como una variable que predice los abandonos (Baekeland y Lundwall, 1975; Morlino et al., 1995; Reis y Brown, 2006). Algunas de las características asociadas a esta variable son la baja tolerancia a la frustración, la baja motivación y la impulsividad, todas ellas asociadas (como veremos en la descripción en función de los diagnósticos), a su vez, con el incremento la probabilidad de abandonar.

Relacionaremos este concepto con la percepción que tienen los clientes respecto a su preparación para afrontar el tratamiento. Según Clarkin y Levi (2004) los clientes que se consideran **preparados** para el proceso de cambio obtendrán mejores resultados y mejores niveles de adherencia terapéutica que los clientes que **consideran no estarlo**.

En relación a los estadios del cambio en los que se identifican los clientes, Prochaska (1999) halló que el 93% de los clientes se puede clasificar correctamente en uno de los tres grupos: (a) abandonos tempranos, (b) abandonos tempranos pero apropiados y (c) continúan en la terapia. Aquellos que se encuentran en la **fase de pre-contemplación del cambio** (40%), abandonan de forma rápida y

prematura. El 20% están en la fase de acción cuando empiezan la terapia, estos clientes tienden a finalizar rápido pero de forma adecuada. Finalmente hay un grupo grande y heterogéneo de clientes, de los cuales la mayoría (40%) se encuentran en la fase de contemplación del cambio. Estos clientes permanecen en la terapia a largo plazo. Smith et al. (1995) llevaron a cabo un estudio en el que analizaron la fase de estadio del cambio (Stage of Change Scale SCS, McConaughy et al., 1983) en la que se encontraban los pacientes que atendieron a un centro clínico universitario. Los resultados que obtuvieron indican que los pacientes que se hallaban en la **fase de pre-contemplación** abandonaron el tratamiento, a diferencia de los que estaban en las fases de preparación-acción que no abandonaron.

Diagnóstico:

Bados et al. (2007) encontraron que los clientes que abandonaron el tratamiento presentaban diagnósticos diferentes a los trastornos de ansiedad (trastornos del estado de ánimo, TCA y otros problemas susceptibles de atención clínica).

Algunos estudios (Garfield, 1994; Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993) concluyen que el abandono es más frecuente en **trastornos de personalidad, adicciones, trastornos de alimentación y trastornos que implican violencia contra los otros**. Por otra parte, observan que los pacientes psicóticos tienden a abandonar menos que los pacientes con trastornos de ansiedad, afectivos, de personalidad o de abuso de sustancias.

Davis, Hooke, y Page (2006) hallaron que la **baja autoestima** de los pacientes al iniciar la terapia predecía los abandonos.

Centorrino et al. (2001) derivan de su estudio que el tipo de problema (60% TDM o trastorno bipolar; 24% TP; 24% trastorno por uso de sustancias; 23% esquizofrenia o trastorno esquizo-afectivo; 16% trastorno de ansiedad) tenía un impacto mínimo en el cumplimiento terapéutico, siendo una variable con poca capacidad de predicción. Y, en cuanto al estado clínico de los pacientes hallaron que era más probable que abandonara los pacientes con **problemas crónicos** o aquellos que se encontraban en un momento de **remisión** parcial o total de sus problemas.

Los resultados del MA de Fernandez et al. (2015) muestran que los pacientes que presentaron tasas más elevadas de abandonos fueron los diagnosticados de **depresión**.

Cooper y Conklin (2015), en su MA de tratamientos con clientes que presentaban **TDM** observaron que la comorbilidad con trastornos de la personalidad o pertenecer a una minoría racial incrementaba las tasas de abandono.

Padecer un **trastorno de la personalidad** parece incrementar las probabilidades de abandono (Barrett et al., 2008; McMurrin et al., 2010; Swift y Greenberg, 2012). Los clientes con trastornos de la

personalidad que presentaban más problemas y estos de mayor severidad, tendían a abandonar más. Estos clientes presentaban algunas características que impedían el cumplimiento del tratamiento: evitación y déficits de autoestima (McMurrin et al., 2010).

A continuación analizaremos algunos factores que incrementan el riesgo de abandono en relación a las siguientes categorías diagnósticas: ansiedad y depresión, TCA, y TP.

Ansiedad y depresión:

En relación a la **comorbilidad** de los trastornos de ansiedad y la depresión parece que la controversia está servida: Lopes et al. (2015) llevan a cabo un estudio en el que participan 73 pacientes diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor (TDM), para demostrar la eficacia de la terapia narrativa en comparación a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), y a su vez exploran los potenciales predictores del abandono. Las **conclusiones** en relación a las variables diagnósticas como predictor de abandono son que presentar **comorbilidad ansiosa** reducía en un 82% las probabilidades de abandono.

En cambio, en los estudios de Issadikis y Andrews (2004) y Arnow et al. (2007) hallaron que la comorbilidad entre problemas psicológicos incrementaba la probabilidad de que se produjera un abandono. Aderka et al. (2011) llegan a las mismas conclusiones con pacientes que sufren TOC.

Trastornos de la Conducta Alimentaria:

Waller (1998) halló que los síntomas bulímicos severos eran el factor que más se asociaba a los abandonos de la terapia en pacientes que padecían Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estos datos se confirman en otro estudio con pacientes que padecían Anorexia Nerviosa donde se observó que en un 77,8%, el subtipo compulsivo/purgativo fue el que más predecía el abandono (Kahn y Pike, 2001).

En la revisión que llevaron a cabo Fassino et al. (2009), en sintonía con los datos anteriores, observaron que la variable que mejor predecía los abandonos en pacientes hospitalizadas con **anorexia nerviosa**, era que fueran del subtipo **compulsivo-purgativo**. En el caso de pacientes ambulatorias que padecían TCA hallaron que aquellas que presentaban BN abandonaban con mayor frecuencia. La **impulsividad** y la **inestabilidad emocional** parecen características psicológicas muy asociadas a los abandonos, al igual que el miedo a la madurez. Estas características parecen responder a problemas más primarios como son la falta de **regulación** de la **autoestima** y de las **emociones**, y el pobre **control de los impulsos**.

Vandereycken y Pierloot (1983) estudiaron las variables asociadas al abandono en pacientes hospitalizadas que padecían anorexia nerviosa y observaron que la alta tasa de abandonos (49,6%) podía explicarse, en parte, por las resistencias hacia el tratamiento psicológico por parte de las pacientes y de sus familiares.

En pacientes con **TCA**, la comorbilidad con depresión, la indefensión y un locus de control externo fueron variables asociadas a los abandonos (Steel et al., 2000).

Vall y Wade (2015) en su MA sobre factores predictores de abandono en TCA encontraron que abandonan más fácilmente aquellos que presentan un mayor cambio sintomático de forma temprana en el tratamiento.

Trastornos de la personalidad:

Los clientes con trastorno de la **personalidad narcisista** y los clientes jóvenes hostiles diagnosticados de trastorno **límite** de la personalidad, presentan tasas más elevadas de abandonos. Otros clientes con trastornos de la personalidad que permanecen menos en terapia son los esquizoides, esquizotípicos, paranoides y antisociales (Clarkin y Levy, 2004; Hubble et al., 1999).

Algunas de las características del **Trastorno Límite de la Personalidad** (impulsividad, inestabilidad emocional, poco control de la ira y un déficit en las habilidades para establecer relaciones) parecen estar muy asociadas al abandono (Waller, 1998). Algunas de estas características (impulsividad e ira) fueron identificadas en pacientes con TCA (Fassino et al., 2003).

En el estudio de McFarland et al. (2004) con pacientes distímicos observaron que la presencia de TP (cluster A o B) era el predictor de abandono más robusto que aparecía en la muestra. Este dato coincide con los resultados de Thormählen et al. (2003) que estudiaron los predictores del abandono en clientes con TP.

4. Factores ambientales:

El contacto telefónico inicial, la primera entrevista de contacto, las actitudes del personal del centro, las instalaciones de la consulta, el entorno clínico, o incluso el hecho de haber renovado la sala de espera o las salas de consulta en clínicas de entornos urbanos, son variables asociadas a los abandonos (Barret et al., 2008).

Edlund et al. (2002) vieron que en zonas geográficas donde la cobertura en atención en salud era limitada, había menos abandonos. En la misma línea, una distancia grande entre la vivienda y la clínica se vio asociada a menos abandonos en los estudios de Swett y Noones (1989) y Beckam (1992), en los que se hipotetizó que estos clientes presentaban una alta motivación para buscar tratamiento.

5. Percepciones de la salud mental:

Las percepciones que tiene la población en relación a la salud mental influirán en la utilización de los servicios (Comas-Díaz y Griffith, 1988), del mismo modo que los modelos explicativos de la

enfermedad podrían estar influenciados por una combinación de factores de socialización y auto-comprensión (Lim, 2006).

Tras revisar la literatura publicada, Barret et al., (2008) concluyen que tienen pocas respuestas definitivas que puedan orientar en el diseño de intervenciones culturalmente sensibles y logísticamente factibles para incrementar el compromiso con la terapia.

6. Actitudes hacia el tratamiento:

Las **actitudes negativas** respecto a la terapia se asocian con el abandono prematuro (Lambert, 2004), del mismo modo que la **baja motivación** respecto al tratamiento (Keijsers et al., 2001) y el hecho de que los clientes **no confíen** en su eficacia (Wierzbicki y Pekarik, 1993; Pekarik, 1993; Garfield, 1994; Edlund et al., 2002; Swift y Greenberg, 2012). Los clientes que no creen en los fundamentos de la terapia son más susceptibles de abandonarla (Westmacott et al., 2010). Contemplar la necesidad de abrirse emocionalmente se mostró como una variable que predecía actitudes e intento de iniciar el tratamiento por encima del estrés psicológico o el apoyo social (Vogel y Wester, 2003).

Una valoración negativa temprana de los clientes hacia sus terapeutas propiciará mayores tasas de abandono prematuro (Bachelor y Horvath, 1999; Clarkin y Levy, 2004). Así pues, la poca satisfacción con la competencia que los pacientes perciben del terapeuta es un predictor de abandono de la terapia.

Las **expectativas** de los clientes respecto a la terapia predice su nivel de abandonos y los resultados del tratamiento (Beutler et al., 2004).

La **Insatisfacción con el tratamiento** es una de las variables que parece estar estrechamente relacionada con los abandonos del mismo. Algunas de las primeras investigaciones llevadas a cabo en esta línea arrojaron datos de satisfacción por parte de los pacientes que abandonaban del 50% (Heineman y Yudin, 1974) y el 59% (Kline et al., 1974). Un problema de estas investigaciones es la falta de coincidencia entre la satisfacción informada y la tasa de abandonos (Larsen et al., 1979), lo que sugiere que, en sus principios, la valoración de la satisfacción es un método de valoración del tratamiento que coincidía solo en parte con la valoración de los resultados del tratamiento (Lebow, 1982).

Defife et al. (2010) comprobaron que la **insatisfacción** con la terapia o el terapeuta, reacciones negativas al proceso terapéutico y rupturas en la alianza terapéutica explicaron el 13% de las sesiones no atendidas. Concluyeron que en el caso de que el terapeuta cancelara las sesiones incrementaba el riesgo de rupturas de la alianza terapéutica y de abandono por parte de los clientes.

Kokotovic y Tracey (1987), realizaron un estudio en un centro de counseling universitario concluyendo que los niveles de **insatisfacción** fueron el mejor predictor de los abandonos terapéuticos.

El terapeuta y la relación Terapéutica:

Hubo menos abandonos cuando los terapeutas se mostraban cálidos, cordiales, empáticos y genuinos, y que daban espacio para mostrar sentimientos negativos (Ogrodniczuk et al., 2005).

Baekeland y Lundwall (1975) hallaron, entre otras, que un bajo **nivel de experiencia** por parte del terapeuta era una variable asociada a los abandonos. Dichas variables han sido replicadas en diferentes estudios y han sido significativas en diversos MA (Pekarik, 1993; Wierzbicki y Pekarik, 1993; Garfield, 1994; O'Brien et al., 2009; Swift y Greenberg, 2012). Avalando estos datos encontraríamos las tasas más altas de abandonos obtenidas en los centros universitarios de formación de psicólogos clínicos (Bados et al. 2007; Fernández-Arias, 2010). En cambio, en el MA de Fernández et al. (2015) no se observaron diferencias significativas en las tasas de abandono en función de la experiencia del terapeuta.

El trabajo conjunto con la estructura organizativa y con el equipo redujo el abandono en el estudio de Falkenström (2010). Roos y Werbart (2013) en su revisión concluyen que la experiencia del terapeuta y el entrenamiento tienen una compleja relación con los abandonos y los resultados del tratamiento.

La **competencia** del terapeuta también ha aparecido como una variable relevante de cara a predecir los abandonos en psicoterapia. Concretamente, el fallo en **identificar los problemas** del cliente aumenta las probabilidades de abandono por parte de los pacientes según recogen diferentes trabajos (Garfield, 1994; Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993). En el estudio en práctica clínica habitual de Westmacott et al. (2010) la falta de acuerdo en la delimitación de los problemas principales, los objetivos y los procedimientos influyó sobre los abandonos.

Los clientes al abandonar no reciben los beneficios del tratamiento y pueden tener una sensación de **insatisfacción** o **fracaso** con el mismo y especialmente con su terapeuta y el modo cómo este fue capaz de **gestionar** las rupturas de la **alianza terapéutica** (Knox, 2011).

Björk et al. (2009) vieron que, en concreto, parte de la insatisfacción de los pacientes se refería a la habilidad del terapeuta para **escuchar y comprenderles**. Estos datos los obtuvieron a partir de una medida de auto-informe contestada por los pacientes. En otro estudio los abandonos estaban asociados a las puntuaciones de los clientes acerca de la credibilidad de sus terapeutas (Kokotovic y Tracey, 1987).

Una mala **relación terapéutica** también se asocia a mayores abandonos (Pekarik, 1993; Garfield, 1994; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993).

En un estudio que pretendía investigar la relación entre el compromiso de los clientes, la alianza terapéutica y el tipo de terminación de la terapia, Tryon y Kane (1995) encontraron que los clientes que

terminaban de forma unilateral con la terapia pertenecían al grupo que presentaba una **alianza terapéutica** más débil. Sharf et al. (2010) llevaron a cabo un MA con 11 estudios en los que se investigaba la relación entre la alianza terapéutica y los abandonos. Observaron que existe una relación estadísticamente significativa entre una **alianza terapéutica** débil y las altas probabilidades de que los pacientes abandonen. Indicaron que es conveniente que los terapeutas recojan con mucha frecuencia retroalimentación por parte de los clientes en relación a esta cuestión.

La fuerza de la alianza terapéutica percibida por los clientes, predice su nivel de abandonos y los resultados del tratamiento (Beutler et al. 2004). La incongruencia entre las expectativas de cliente y terapeuta respecto a la terapia, se relacionan con los abandonos (Hubble et al. 1999; Clarkin y Levy, 2004), datos que se confirman en una muestra con pacientes que presentaban TCA (Clinton, 1996).

En muchas ocasiones los supuestos acerca de los objetivos del tratamiento y las expectativas difieren entre terapeutas y clientes (Hunsley et al. 1999; Todd et al. 2003). Del mismo modo, las percepción de los resultados del tratamiento suelen ser muy divergentes entre terapeuta y cliente (Garfield, 1994).

En su revisión Ogradniczuk et al. (2005) concluyeron que los clientes preparados por sus terapeutas u otros profesionales en relación a lo que iba a consistir la terapia y las expectativas que se podían generar, abandonaban menos.

Hubble et al. (1999) vieron que un mal emparejamiento entre cliente y terapeuta provocaba el abandono (es especialmente significativo cuando la desigualdad es étnica). En su MA, Swift y Greenberg (2012) **no** hallaron que la probabilidad de abandonar la terapia difiriera en función de variables socio-demográficas del terapeuta (edad, raza o sexo) o raza del cliente.

Según la revisión que hicieron O'Brien et al. (2009), el cambio de terapeuta durante el proceso terapéutico doblaba las posibilidades de abandono de la terapia. En la revisión de Chen (1991) el cambio de terapeuta también fue una variable asociada a los abandonos. En los centros universitarios de atención psicológica donde los terapeutas están en formación, las rotaciones son habituales (este es el caso de la UTC_UB).

El tipo de tratamiento ofrecido y la duración del mismo:

Swift et al. (2012) encontraron que los clientes que recibían la **intervención que preferían** eran menos proclives a abandonar el tratamiento de forma prematura.

El **modelo de tratamiento** puede tener un papel clave en las tasas de abandono. Swift y Greenberg (2014) compararon las tasas de abandono para doce categorías diagnósticas diferentes en función del enfoque del tratamiento con el que eran abordadas. Hallaron que no se encontraban

diferencias significativas en las tasas de abandono para las siguientes categorías diagnósticas: duelo, TLP, TAG, TOC, otros trastornos de la personalidad, trastorno de pánico, trastornos psicóticos, fobia social, y trastornos somatomorfos. En cambio para depresión, TCA y TEPT sí se encontraron diferencias significativas en las tasas de abandono en función del enfoque terapéutico. En concreto para la **depresión** las tasas entre los 10 enfoques oscilaron entre el 10,9% (terapias integrativas- eclecticismo técnico) y el 23% (CBASP - Sistema de Análisis Cognitivo-Conductual de la psicoterapia). En el caso de los **TCA** la oscilación estuvo entre un 5,9% (Terapia Dialéctica Conductual con la menor tasa en comparación a los otros siete tratamientos) y un 28,4% (terapias integrativas). Para el TEPT las tasas entre los ocho enfoques oscilaron del 8,8% (terapias integrativas) al 28,5% (TCC completa). Swift y Greenberg (2014) concluyeron de su MA que la decisión de abandonar de los clientes depende más de variables como los factores comunes a las distintas psicoterapias y características de los clientes y terapeutas, que del tipo concreto de tratamiento que se utilice.

En el estudio de Lopes et al., (2015) con pacientes con trastorno depresivo mayor, no se observó que el tipo de tratamiento recibido (Terapia Narrativa vs TCC) predijera el abandono.

Cuijpers et al. (2008), en el MA que llevaron a cabo encontraron que las tasas de abandono para clientes adultos que presentaban **TDM**, variaban en función de la orientación del tratamiento, siendo la TCC la que presentaba tasas más elevadas.

Björk et al. (2009) recogieron datos en un seguimiento a 2-3 años de la satisfacción con el tratamiento. Hallaron en su muestra que los pacientes con TCA que abandonaron, expresaron una **menor satisfacción** en relación a la adecuación del **enfoque del tratamiento**, que los que completaron. El 41% de los que abandonaron el tratamiento se sentían insatisfechos, igual que el 17% de los que lo finalizaron.

Gunter et al. (2015) no hallaron diferencias entre 4 **modalidades de intervención** para el TEPT (CPT; PE; CPT-C y escritura Narrativa), en relación al porcentaje de abandonos.

Ofrecer tratamientos combinados de **terapia psicológica y farmacológica** aparece como un factor que propicia que los pacientes se adhieran más al tratamiento psicológico (Arnow et al., 2007; Edlund, 2002; Lopes et al., 2015). En concreto Lopes et al. (2015) comprueban que **consumir medicación** desde el inicio de la terapia reduce en un 80% las probabilidades de abandono.

En cuanto a la **modalidad** de tratamiento, en el MA de Fernandez et al. (2015) se observó que la terapia **on-line** presentaba mayores tasas de abandono. A su vez los pacientes internados abandonaban menos que los que recibían terapia de forma **ambulatoria**. Respecto al **número de sesiones** vieron que a medida que aumentaban las sesiones, las tasas de abandonos se reducían significativamente.

En su MA, Swift y Greenberg (2012) **no** hallaron que la probabilidad de abandonar la terapia difiriera en función de la modalidad individual o grupal. En cambio en otros estudios se comprobó que

los **tratamientos grupales** presentaron mayores tasas de abandonos entre los pacientes que iniciaron la terapia, en comparación a los tratamientos individuales (Cuijpers et al., 2008; Hubble et al., 1999; Johnson et al., 2014).

Otras variables que parecen aumentar las probabilidades de abandono son: no fijar límites de tiempo en cuanto a la duración de la terapia y la aplicación de terapias no regidas por un manual de intervención (Garfield, 1994; Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Intervalos largos entre sesiones también parecen fomentar los abandonos (Centorrino et al., 2001).

Como se ha mencionado en el punto anterior, las **expectativas** de los clientes respecto a la **duración de los tratamientos** suelen ser diferentes de las de sus terapeutas. Los clientes suelen anticipar que necesitaran acudir a menos sesiones (Bohart y Greaves Wade, 2013; Swift y Callahan, 2008) y, los terapeutas, suelen sobreestimar la duración de los tratamientos y suelen subestimar el número de clientes que terminan prematuramente (Lowry y Ross, 1997; Mueller y Pekarik, 2000; Pekarik, 1992b; Pekarik y Finney-Owen, 1987; Pulford et al., 2008).

En pacientes con **TCA** parece que a mayor **duración** de los tratamientos, mayor es la probabilidad de que abandonen (Vandereycken y Pierloot, 1983). También en clientes deprimidos Cuijpers et al., (2008) vieron que los tratamientos que ofrecían más sesiones eran en los que se producían más abandonos. Estos hallazgos no concuerdan con los de Fernández et al., (2015) quienes hallaron que cuanto mayor era número de sesiones programadas, menor el porcentaje de abandonos del tratamiento. Los investigadores hipotetizaron que la esperanza de tener más sesiones podía condicionar mayores expectativas de éxito con el tratamiento e incrementar su cumplimiento.

Los resultados del tratamiento:

Tanto los buenos resultados del proceso terapéutico (véase, que el paciente presente una reducción de su sintomatología) como la falta de resultados durante la terapia e incluso un empeoramiento de los pacientes, han sido causantes de los abandonos en la terapia (Garfield, 1994; Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012; Wierzbicki y Pekarik, 1993).

A continuación resumimos en la Tabla 6 las variables que aparecen como predictoras de los abandonos en diferentes estudios, sistematizando la consistencia o inconsistencia de su valor predictivo.

Tabla 6. Variables asociadas de forma consistente o inconsistente a los abandonos.

CATEGORÍA	VARIABLES CONSISTENTES	
Características de los clientes	Bajo nivel socio-económico →	
	Baekeland y Lundwall (1975); Chen (1991); Garfield (1986); Garfield (1994); Lorin (1974, 1978); Ogrodniczuk et al. (2005); Pekarik (1993); Swift y Greenberg (2012); Wierzbicki y Pekarik, (1993);	
	Bajo nivel educativo →	
	Arnow et al. (2007); Garfield (1986); Hubble et al. (1999); Lambert (2004); Garfield (1994); Ogrodniczuk et al. (2005); Pekarik (1993); Swift y Greenberg (2012); Wierzbicki y Pekarik (1993);	
Características de los clientes	Pertenecer a minoría étnica →	
	Davis, Hooke, y Page (2006); Garfield, (1994); Pekarik (1993); Self et al. (2005); Swift y Greenberg (2012); Wierzbicki y Pekarik (1993)	
	VARIABLES INCONSISTENTES	
Asociada	Variables socio-demográficas de los clientes	Baekeland y Lundwall (1975); Bedi y Richards (2011); Chen (1991); Cuijpers et al. (2008); Fernández et al. (2015); Rizvi et al. (2009); Swift y Greenberg (2012); Wierzbicki y Pekarik (1993);
No asociada	(edad, sexo)	Cloitre et al (2004); Cuijpers et al. (2008); Fernández et al. (2015); Morlino et al (1995);
CATEGORÍA	VARIABLES CONSISTENTES	
Factores facilitadores o barreras	Impedimentos ambientales y falta de apoyos sociales →	
	Garfield, (1994); Pekarik (1993); Swift y Greenberg (2012); Wierzbicki y Pekarik (1993).	
Factores relacionados con la necesidad de recibir tratamiento psicológico	Distancia entre vivienda y consulta →	
	Swett y Noones (1989) y Beckam (1992) (a mayor distancia entre la vivienda y la consulta, menos abandonos)	
CATEGORÍA	VARIABLES CONSISTENTES	
Factores relacionados con la necesidad de recibir tratamiento psicológico	Niveles elevados de severidad →	
	Clarkin y Levy (2004); Waller (1998); Khan y Pike (2001);	
	Excepción: Baekeland y Lundwall (1975) (a menor severidad, más abandonos)	
	Problemas crónicos →	
	Centorrino (2001);	
	Mentalidad psicológica (tolerancia a la frustración, motivación, impulsividad)	
	Baekeland y Lundwall (1975); Barret et al. (2008); Reis y Brown (2006);	
	Estadio de cambio (pre-contemplación) →	
	Clarkin y Levy (2004); Prochaska (1999); Smith et al. (1995)	
	Tipos de diagnóstico: trastornos de la personalidad (narcisista, límite), adicciones, TCA y trastornos que implican violencia contra otros/ira, impulsividad →	
Barret et al. (2008); Cooper y Conklin (2015); Clarkin y Levy (2004); Garfield, (1994); Hubble et al. (1999); Fassino (2009); Fernández et al. (2015); Pekarik (1993); McFarland et al (2004); McMurrin et al. (2010); Swift y Greenberg (2012); Thormählen et al. (2003); Vandereycken y Pierloot, (1983); Waller (1998); Wierzbicki y Pekarik (1993);		
Excepción estudio Centorrino (2001).		
Comorbilidad →		
Aderka et al. (2011); Arnow et al. (2007); Issadikis y Andrews (2004); Steel et al. (2000)		
Excepción estudio Lopes et al. (2015) comorbilidad reduce el abandono		

Tabla 6. Variables asociadas de forma consistente o inconsistente a los abandonos (continuación).

CATEGORÍA	VARIABLES CONSISTENTES
Factores ambientales	Condiciones del setting: primer contacto (telefónico y presencial), actitudes personal, instalaciones consulta, distancia geográfica... → Barret et al. (2008); Edlund et al. (2002)
CATEGORÍA	VARIABLES CONSISTENTES
Percepciones de la salud mental	Percepciones salud mental + modelos explicativos → Comas-Díaz y Griffith (1988); Lim (2006)
CATEGORÍA	VARIABLES CONSISTENTES
Actitudes hacia la terapia	Actitudes negativas, falta de motivación y confianza; insatisfacción → Bachelor y Horvath (1999); Beutler et al (2004); Clarkin y Levy (2004); Defife et al. (2010); Edlund et al. 2002; Garfield, 1994; Heineman y Yudi, (1974); Keijsers et al. 2001; Kokotovic y Tracey (1987); Kline et al. (1974); Lambert (2004); Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012); Westmacott et al. (2010); Wierzbicki y Pekarik, 1993;
	El terapeuta (habilidades y experiencia) y La Relación Terapéutica → Bados et al. (2007); Baekeland y Lundwall (1975); Beutler et al (2004); Björk et al. (2009); Chen (1991); Clarkin y Levy (2004); Clinton (1996); Fernández-Arias (2010); Garfield (1994); Hubble et al. (1999); Kokotovic y Tracey (1987); Knox (2011); Pekarik (1993); O'Brien et al. (2009); Ogrodniczuk et al. (2005); Roos y Werbart (2013); Sharf et al. (2011); Swift y Greenberg (2012); Tryon y Kane (1995); Westmacott et al. (2010); Wierzbicki y Pekarik (1993).
	Excepción estudio Fernández et al. (2015) en relación a la experiencia de los terapeutas.
CATEGORÍA	VARIABLES CONSISTENTES
Tipo de tratamiento y duración	No respetar preferencias de los clientes → Swift et al. (2012)
	Combinar tratamiento psicológico y farmacológico → Asociada a menores % abandonos Arnou et al. (2007); Edlund (2002); Lopes et al. (2015);
	Mayor duración del tratamiento → Cuijpers et al. (2008); Vandereycken y Pierloot (1983);
	Excepción estudio Fernandez et al. (2015) en que A + duración, - abandonos
	Buenos y malos resultados del tratamiento → Garfield, (1994); Pekarik (1993); Swift y Greenberg (2012); Wierzbicki y Pekarik (1993)
VARIABLES INCONSISTENTES	
Asociada	Modalidad grupal vs individual Cuijpers et al. (2008); Hubble et al. (1999); Johnson et al. (2014)
No asociada	Swift y Greenberg (2012);
Asociada	Modelo de intervención Cuijpers et al. (2008); Björk et al. (2009)
No asociada	Lopes et al. (2015); Swift y Greenberg (2014); Gunter et al. (2015)

A modo de conclusión de la revisión de variables asociadas a los abandonos terapéuticos, parece que las que se han mostrado más inconsistentes han sido en primer lugar las **variables socio-demográficas de los clientes (edad, sexo)**; en segundo lugar no se ha hallado consenso en relación a si el **modelo de intervención** afecta a los abandonos y en tercer lugar algunos estudios muestran como la **modalidad grupal** predeciría mayores tasas de abandono pero estos datos no son avalados por el MA de Swift y Greenberg (2012).

CAPÍTULO 2: LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO- CONDUCTUALES

Se estima que el porcentaje de personas que requieren atención psicológica oscila entre un 33% entre la población mundial adulta afectada por trastornos psicológicos en el término de un año (Kessler y Üstün, 2008) y un 38% entre la población europea (Wittchen et al., 2011). Se estima que tan solo un cuarto de las personas que necesita atención psicológica la recibe (Wittchen y Jacobi 2005, citado en Wittchen et al., 2011).

Las razones por las que se produce esta situación son múltiples pero una de las que puede tener mayor peso es la falta de reconocimiento de la Psicología Clínica en el ámbito sanitario, y por consiguiente, una falta de reconocimiento a nivel social. Uno de los retos principales a los que se está enfrentando la Psicología Clínica y Sanitaria estos últimos años es el de conseguir dicho reconocimiento. Como explicaba Gavino (2004) la sociedad requiere los servicios del profesional de la psicología clínica y le exige resultados. Añade que el terapeuta tiene que justificar su elección terapéutica de acuerdo a la información que recoge de las investigaciones publicadas. En el caso que nos ocupa, nos interesa saber qué tipo de terapias son las que están aportando soluciones, dan respuesta a las demandas (alcanzar unos objetivos terapéuticos) de las personas que acuden a psicoterapia.

Años más tarde, Echeburúa et al. (2010) apuntaron tres motivos fundamentales por los cuales puede ser imprescindible centrar la atención en la **evaluación de la eficacia** de las intervenciones psicológicas:

1. El progreso científico de la Psicología Clínica requiere poder delimitar qué terapias son eficaces y, más en concreto, qué componentes activos de dichas terapias son los que están logrando una mejora o recuperación en los pacientes.
2. La Psicología Clínica se encuentra cada vez expuesta a retos más demandantes y complejos (tratar a personas que sufren trastornos de la personalidad, de la conducta alimentaria o bien nuevas adicciones).
3. La incorporación a las redes de Salud Pública de las terapias psicológicas. Dichas redes deben ofertar terapias efectivas y a poder ser breves, con el fin de acortar el sufrimiento de los pacientes y a su vez ahorrar gastos y tiempo.

Parece que la ciencia es el camino. Y parece que para adquirir el estatus de disciplina científica, el tema clave es la investigación de la eficacia y la utilidad clínica de los diferentes modelos de intervención (Hamilton y Dobson, 2001). Cuando hablamos de terapias basadas en la evidencia, estamos haciendo referencia a la evaluación de los tratamientos psicológicos que son eficaces para un tipo de trastorno o problema psicológico concreto y en unas muestras clínicas claramente especificadas (Barlow, 1994; Chambless y Hollon, 1998).

Las condiciones que deben cumplir los tratamientos para ser considerados claramente eficaces son las siguientes:

a) tienen que haber sido investigados mediante buenos diseños experimentales de grupo (lo que exige asignación aleatoria) o de caso único,

b) tienen que haber obtenido resultados superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo, y/o resultados equivalentes a un tratamiento ya establecido como eficaz,

c) los resultados deben haberse constatado al menos por dos grupos de investigación independientes. Además, los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben ser claramente especificadas.

Según Barlow et al. (1998) la **confianza en la eficacia** del tratamiento se basa en: la eficacia absoluta y relativa del tratamiento y, la calidad y replicabilidad de los estudios a partir de los cuales se realiza el juicio. La confianza va *in crescendo* en función de los resultados de las siguientes variables: datos contradictorios, Consenso clínico fuertemente negativo, Consenso clínico mixto, Consenso clínico fuertemente positivo, Observaciones clínicas cuantificadas, Mejor que no terapia, Mejor que terapia no específica y Mejor que terapia alternativa (las tres últimas condiciones implican ensayos clínicos en los que los clientes son asignados al azar a cada grupo o condición).

Los datos que se aportan están basados principalmente en **metaanálisis (MA)**, dado que integran de forma estructurada y sistemática la información que se deriva de diferentes estudios clínicos. Ello permite obtener una estimación cuantitativa sintética de los estudios y ensayos clínicos revisados, con la consiguiente potencia estadística que se deriva de este mayor número de observaciones. También se emplearán revisiones y estudios concretos en los casos en que no haya MA para el aspecto estudiado.

2.1 INTRODUCCIÓN A LOS ESTUDIOS DE EFICACIA

Estudiar la eficacia de los tratamientos psicológicos para diferentes problemas psicológicos a través de estudios controlados aleatorizados (ECA) que se llevan a cabo en contextos artificiales (clínicas universitarias de investigación en psicología clínica, laboratorios de psicología, etc.) permite saber hasta qué punto una intervención funciona. Durante las últimas décadas muchos investigadores en el campo de la psicología clínica se han centrado en este objetivo. La gran proliferación de investigaciones que se han llevado a cabo con relación a la eficacia de tratamientos psicológicos, hace que el acceso a todos los datos sea muy complejo. Las revisiones sistemáticas y MA permiten extraer conclusiones generalizables a partir de los estudios concretos.

En el presente estudio vamos a estudiar la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual aplicada a población adulta, a partir de datos obtenidos de revisiones cuantitativas, principalmente MA, que recojan las diferentes formas que existen de medir la eficacia de los tratamientos aplicados en las terapias psicológicas (Westen y Morrison, 2001):

Tamaños del efecto (TE), véase la magnitud del cambio conseguido por la aplicación del tratamiento, ya sea del pre al post tratamiento y seguimientos, o comparando con otros tratamiento activos o diferentes condiciones control (lista de espera, no tratamiento, placebo). Suele utilizarse como medida la d de Cohen, que se calcula de diferentes formas. Una de ellas consiste en calcular la diferencia entre la media de la variable de interés en el pretratamiento y la misma variable en el postratamiento dividida por la desviación típica (DT) conjunta del pretratamiento y postratamiento. Existen otras formas de calcular el TE que pueden consultarse en Sánchez-Meca et al. (2011).

Los resultados se interpretan según el siguiente baremo: de 0,20-0,49 magnitud baja, de 0,50-0,79 magnitud media y 0,80 o más magnitud alta. Es frecuente utilizar también la g de Hedges, la cual supone multiplicar la d de Cohen por un factor de corrección que tiene en cuenta el tamaño de los grupos.

- Otra forma de medir la eficacia son los criterios de **significación clínica**. Según Kazdin (1999), la significación clínica se refiere a la importancia práctica del efecto de la intervención, es decir, a si esta produce un impacto notable o palpable en la vida diaria del paciente o de otros con los que este interactúa y de la comunidad. Se pueden calcular:
 - o **Porcentajes** de clientes clínicamente **mejorados**: se miden con la puntuación que presentan los clientes al finalizar el tratamiento en relación a la que presentaban en el pre-tratamiento e implican que la magnitud de los cambios en las conductas problema suponga una mejora sustancial en las mismas. La mejora implica un cambio

estadísticamente fiable en las medidas de resultado o bien otro criterio como, por ejemplo, una reducción del 25% de la puntuación en la medida de cambio, aunque no se llegue a alcanzar el nivel funcional. El Cambio Estadísticamente Fiable (ICEF) mide el cambio logrado a raíz del tratamiento y se calcula dividiendo la diferencia entre las puntuaciones post y pre-tratamiento por el error estándar de la diferencia entre las dos puntuaciones. El criterio más ampliamente utilizados con esta medida, para ver cuándo se produce un cambio significativo, ha sido $\pm 1,96$ (punto de corte que en una curva normal equivale a Intervalos de Confianza del 90% y 95% respectivamente (Jacobson y Truax, 1991).

- Porcentaje de clientes con **elevado estado final de funcionamiento**. Esto implica que el cliente sale de la distribución de la población disfuncional o, mejor aún, pasa de la distribución de la población disfuncional a la funcional durante el curso del tratamiento en cualquier variable que se esté utilizando para medir el problema. Este criterio puede operacionalizarse de tres maneras: a) el nivel de funcionamiento en el posttest debe caer fuera de la amplitud de la población disfuncional; b) el nivel de funcionamiento en el posttest debe caer dentro de la amplitud de la población funcional; c) el nivel de funcionamiento en el posttest es más probable que caiga en la distribución funcional que en la disfuncional. Cuando no hay datos de la población funcional, se tienen en cuenta los de la población general. La **población funcional o sana** incluye a personas que no presentan ningún trastorno psicológico y la **población general** incluye un cierto número de personas que pueden presentar a nivel clínico o subclínico el problema considerado.
- **Porcentajes** de clientes clínicamente **recuperados**: La recuperación supone la combinación de los dos criterios anteriores. Primero, tiene que haber un cambio fiable (ICEF), ya que es importante saber qué nivel de cambio se ha producido como resultado de la terapia más allá de las fluctuaciones de un instrumento de medida impreciso. Segundo, debe haber un resultado clínicamente significativo que implique que tras el tratamiento sea más probable que el cliente tenga un nivel de funcionamiento que le haga pertenecer a la distribución de la población funcional (o, según los casos, la distribución de la población general).

Para hablar de recuperación, deben cumplirse los dos criterios. Si se tuviera en consideración solamente el primer criterio, se podrían considerar recuperados los pacientes que pasaran de la población disfuncional a la funcional sin haber conseguido un cambio fiable por encontrarse ya cerca de la segunda en el pretratamiento.

- Otra medida es el **porcentaje de pacientes que dejan de cumplir criterios diagnósticos de su trastorno**. Analizaremos algunos estudios en los que esta medida es considerada como recuperación, aunque es un concepto más laxo dado que puede haber clientes que no cumplan los criterios necesarios para ser diagnosticados pero sí cumplen los suficientes para que se pueda considerar que siguen teniendo problemas psicológicos.
- El porcentaje de clientes que busca **tratamiento adicional** una vez finalizado el proceso de intervención es otra medida de la eficacia del mismo. Se presupone que si el tratamiento ha sido efectivo el cliente se sentirá libre del problema por el que consultó y no pedirá más tratamientos a no ser que presentara comorbilidad o la duración del tratamiento no fuera la adecuada.
- Otro tipo de medida de resultados de tratamiento es la que recoge los **pacientes deteriorados** a raíz del mismo. En este grupo se hallarían aquellos pacientes que presentan un empeoramiento significativo según el ICEF, tras recibir el tratamiento.

2.2 EFICACIA EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD, TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

En el año 1996 Barlow aseguraba que era incontestable que en psicología había intervenciones eficaces para un gran número de problemas psicológicos (aunque no en todos) (Barlow, 1996). De datos más recientes, relacionados con la TCC, se derivó la misma conclusión (Bados, García y Fusté, 2002; Chambless y Ollendick, 2001; Nathan y Gorman, 2002; Pérez y Fernández, 2001; Pérez, Fernández, Fernández y Amigó, 2003). Con el ánimo de conocer qué ha sucedido durante las últimas décadas en relación a la eficacia y a la generalizabilidad de los tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la conducta alimentaria, en los siguientes apartados del capítulo encontraremos una descripción de distintos MA y revisiones que se han seleccionado en función de los siguientes criterios: a) que los MA presentaran datos de tamaños del efecto (TE), ya fueran pre-post tratamiento o de la comparación de los tratamientos cognitivo-conductuales con condiciones control como la lista de espera, tratamiento habitual (TH), el placebo (psicológico y farmacológico) y otros tratamientos activos, y b) que fueran MA con fechas de publicación lo más recientes posible (a partir del año 2015 a la actualidad). De cara a la comparación con los datos del presente estudio nos centraremos en el primer tipo de TE (pre-post). A su vez hemos buscado datos sobre la significación clínica de los resultados: pacientes mejorados, recuperados y que dejan de presentar criterios diagnósticos.

Al final de la descripción para cada trastorno hemos elaborado unas tablas con los principales datos resumidos con el fin de sintetizar los más relevantes.

2.2.1. EFICACIA EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL

Kaczurkin y Foa (2015) realizaron una revisión de MA sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad con TCC con la intención de analizar las técnicas más utilizadas dentro de este modelo, la exposición y la TC, y resumir la generalizabilidad de estas técnicas para cada uno de los trastornos. La revisión les llevó a concluir que la TCC era eficaz y clínicamente útil para tratar los trastornos de ansiedad y que las técnicas de exposición son especialmente útiles. Consideraron que hay cuestiones que todavía no están bien resueltas por la investigación como la exploración de los factores comunes que subyacen a los tratamientos con TCC, que pueden ser muy importantes y bajo su punto de vista pendientes de ser explorados en futuras investigaciones. Dado que la comorbilidad entre los distintos trastornos de ansiedad y de estos con la depresión y que los síntomas de la ansiedad se superponen mucho, los investigadores consideraron que puede ser interesante en futuras investigaciones explorar las técnicas de la TCC que pueden ser eficaces a nivel transdiagnóstico (más allá de diagnósticos específicos).

Tamaños del efecto pre-post

Olivares et al. (1999) llevaron a cabo un MA con 27 estudios españoles publicados entre 1980 y 1997, acerca de la eficacia del tratamiento conductual (grupal, individual y mixto) en problemas de ansiedad con el fin de integrar cuantitativamente los resultados para trastornos de ansiedad. La muestra estuvo comprendida por 319 sujetos (259 recibieron tratamiento conductual y 61 pertenecieron al grupo control). El TE (*d* de Cohen) alcanzado en el post-test fue 1,21 (27 estudios), incrementando hasta 1,65 en el seguimiento (15 estudios). En relación a las técnicas de intervención empleadas, los TE oscilaron entre 0,92 (exposición) y 1,72 (técnicas cognitivas), como puede observarse en la Tabla 7.

Norton y Price (2007) llevaron a cabo un MA para determinar la **eficacia** de la TCC, la TC y la Terapia de Conducta (TCo) y sus componentes, para los problemas de ansiedad (incluyendo TEPT y TOC). Encontraron un TE grande para medidas pre-post de ansiedad general combinadas con medidas específicas de diferentes trastornos (1,58). Los resultados de los TE pre-post para los diferentes diagnósticos pueden verse en las tablas correspondientes a cada uno de los diagnósticos (Tablas 9, 13, 15, 17 y 19). Comprobaron que la TC y la terapia de exposición por sí solas o combinadas o bien combinadas con un entrenamiento en relajación eran eficaces para todos los trastornos de ansiedad, sin una eficacia diferencial para los componentes del tratamiento para ningún trastorno concreto. En comparación con otras condiciones la TCC se mostró superior al no-tratamiento y a la lista de espera. Concluyeron que los componentes del tratamiento que han sido eficaces para todos los trastornos son la

combinación de exposición y TC, siendo esta combinación el tratamiento de elección para los trastornos de ansiedad.

Bandelow et al. (2015) llevaron a cabo un MA muy amplio con 234 ECA realizados entre 1980 y 2013, que incluían un total de 37.333 pacientes con el propósito de comparar la eficacia del tratamiento farmacológico, psicológico (TCC individual y grupal, relajación y mindfulness) y la combinación de los anteriores en pacientes adultos con problemas de ansiedad (pánico, ansiedad social y TAG). Calcularon el TE a partir de la *d* de Cohen. Los resultados mostraron que todas las modalidades de tratamiento fueron eficaces; en concreto, la TCC/exposición tuvo un TE de 1,30, siendo la modalidad combinada la que obtuvo el TE más elevado (2,12) (véase Tabla 13).

Tamaños del efecto respecto a grupos control

En el MA de Bandelow et al. (2015) la TCC fue superior a la lista de espera (1,23) y no difirió del placebo farmacológico (0,57); este hallazgo no puede explicarse por heterogeneidad, sesgo de publicación o efectos de fidelidad.

Significación clínica de los trastornos de ansiedad

En una revisión sistemática de la literatura acerca de los resultados de la TCC para los trastornos de ansiedad, para determinar las tasas de respuesta globales (pacientes mejorados), Loerinc et al. (2015) calcularon el porcentaje de pacientes mejorados, con elevado estado final de funcionamiento o recuperados en el postratamiento. Dicho porcentaje para todos los trastornos de ansiedad en conjunto fue de un 49,5% y el rango osciló entre un 43,3% (TOC) y un 59% (TEPT) y en el seguimiento entre un 35,6% (TOC) y un 62,6% (TEPT). Una limitación importante de estos datos es que mezclan los clientes mejorados, los que logran un elevado estado final de funcionamiento y los recuperados, sin que sea posible discriminar entre ellos.

Los resultados concretos para cada trastorno se ofrecerán en los apartados correspondientes.

Revisados diferentes MA con resultados sobre la eficacia de la TCC para los trastornos de ansiedad observamos que el rango en que oscilan los TE pre-post ha sido 1,30-1,58.

Tabla 7. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Trastornos de Ansiedad en general**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacológico (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Olivares et al (1999) MA de 27 ECA y 319 clientes	Autoinformes	TCo post	27	1,21 (1,01-1,41)								
	Autorregistro	TCo seguimiento	15	1,65 (1,28-2,00)								
	Registro de observación	Relajación	4	1,12 (0,54-1,70)								
	Registros psicofisiológicos	Exposición	4	0,92 (0,49-1,35)								
		Técnicas cognitivas	3	1,72 (0,94-2,47)								
	TE: <i>g</i> de Hedges	Expo. + Téc. cognitivas	4	1,66 (0,94-2,39)								
		Relajación + Téc. Cog.	2	1,22 (0,58-1,87)								
		Programa multicomponente TCC	7	1,33 (0,97-1,70)								
Norton y Price (2007) MA de 119 ECA	Medidas principales del trastorno y medidas de ansiedad general TE: <i>g</i> de Hedges	TCC, TC y TCo total tr. ansiedad	169	1,58 (Sin I.C.)								
Bandelow et al. (2015) MA Tr. de ansiedad (pánico, Ansiedad Social y TAG) MA 234 ECA y 37333 pacientes	Medidas principales de cada tr. de ansiedad TE: <i>d</i> de Cohen	Trastornos de ansiedad juntos: TCC/Exposición indiv	93	1,30 (1,19-1,41)	25	1,23 (1,02-1,45)			12	0,75 (0,34-1,16) P		
		TCC grupal	18	1,22 (0,95-1,49)	7	1,33 (1,06-1,60)			9	0,57 (0,20-0,94) F		
		Mindfulness	4	1,56 (1,20-1,92)								
		Relajación	17	1,36 (1,08-1,64)	6	1,31 (0,92-1,71)						
		T. Farmac.+ psicol.	16	2,12 (1,66-2,59)								

K, número de comparaciones; **Sin I.C.:** El estudio no reporta los Intervalos de Confianza;

Tabla 8. Resumen de la significación clínica en estudios sobre **Trastornos de Ansiedad en general**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
---	---	---	---	---	---

Nota. No se han encontrado datos al respecto.

2.2.1.1. EFICACIA PARA LA AGORAFOBIA Y PARA EL PÁNICO (CON O SIN AGORAFOBIA)

Tamaños del efecto pre-post

En el MA de Olivares et al. (1999) el TE pre-post para los trastornos de agorafobia y pánico fue 1,05 calculado a partir de 6 estudios. En relación a las técnicas empleadas para tratar este problema los TE oscilaron entre 0,46 (desensibilización sistemática -DS- + TC) y 1,67 (mixtas) (véase Tabla 9).

Westen y Morrison (2001) realizaron un MA con estudios publicados entre 1990 y 1998 sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para la depresión, el pánico y el TAG. El MA comprendió 34 estudios de los cuales 12 fueron de depresión, 17 de pánico y 5 de TAG. El porcentaje de pacientes que completaron el tratamiento para cada uno de los diagnósticos fueron 74%, 86% y 84% respectivamente. Para el trastorno de pánico el TE pre-postratamiento fue 1,55 (DT=1,24).

En el MA de Norton y Price (2007) se analizaron 34 ECA con 92 comparaciones, publicados hasta finales del año 2005, para determinar la eficacia del tratamiento psicológico en el grupo de clientes que presentaba trastorno de **pánico con o sin agorafobia**. El TE para medidas principales del trastorno fue 1,53 para la TCC, TC y la TCo consideradas conjuntamente. El resto de resultados pueden consultarse en la Tabla 9.

El MA de Bandelow et al (2015) sobre el tratamiento de diferentes trastornos de ansiedad, ofreció unos muy buenos resultados para el **trastorno de pánico**. Para la TCC/exposición en formato individual el TE fue de 1,24 y para el formato grupal, 1,81.

Cuijpers, Cristea, Weitz et al (2016) examinaron mediante un MA con 18 ECA y 28 comparaciones, los efectos de la TCC en medidas de depresión para el trastorno de pánico. El TE (calculado con la *g* de Hedges) pre-post fue 0,91.

Cuijpers, Gentili et al (2016) llevaron a cabo un MA con 41 ECA (publicados hasta finales de agosto de 2015) y un total de 2477 pacientes (1504 grupo experimental y 973 grupo control) sobre la eficacia de la TCC para tratar tres trastornos de ansiedad: Trastorno de pánico (12 estudios), fobia social (9 estudios) y TAG (20 estudios), medida con medidas genéricas de ansiedad (BAI y HAMA) y una medida específica para cada trastorno. Para el Trastorno de pánico los TE pre-post de la TCC en las medidas específicas fueron 1,16 (conjunto de medidas) y 2,10 (frecuencia semanal de los ataques de pánico). Para las medidas de ansiedad general oscilaron entre 0,38 (STAI-T) y 1,37 (BAI).

Tamaños del efecto respecto a grupos control

El MA de Mitte (2005) se centró en estudiar la eficacia de la TCC/TCo (47 ECA), de la terapia farmacológica (53 ECA) y de la combinación de ambas (24 ECA) para el trastorno de **pánico sin agorafobia** analizando 124 ECA publicados hasta el año 2002 (sin límite de antigüedad). Los TE de la TCC/TCo en comparación al no tratamiento oscilaron, según la medida considerada, entre 0,72 y 1,36. La

TCC/TCO en relación al placebo (psicológico y farmacológico) obtuvo unos TE que oscilaron entre 0,27 y 0,58. Y los TE de la TCC/TCO comparada con el tratamiento combinado de TCC y Terapia farmacológica oscilaron entre 0,23 y 0,40 (véase Tabla 9). Los investigadores hallaron que la TCO y la TCC no difirieron en las siguientes medidas: compuesto de evitación/cognición/pánico, significación clínica y calidad de vida. Los autores concluyeron que la TCC era más efectiva que el no tratamiento y que el placebo.

En el MA de Norton y Price (2007) con el grupo de clientes que presentaba pánico con o sin agorafobia, el TE en comparación a la condición de lista de espera fue 0,64.

Sánchez-Meca et al. (2010) realizaron un MA para determinar la eficacia y la aceptabilidad de diferentes intervenciones psicológicas frente a diferentes condiciones de control para el trastorno de **pánico con o sin agorafobia** en adultos. Analizaron 42 ECA publicados entre 1980 y 2006. Los TE obtenidos para agorafobia fueron de 0,78 a partir de los datos reportados por los clientes, de un 1,96 reportado por los terapeutas y de un 0,85 combinados. Los TE para el pánico fueron 1,04 a partir de los datos reportados por los clientes, 1,18 reportado por los terapeutas y 1,01 combinados. Las medidas auto-reportadas por los clientes fueron, en general, ligeramente inferiores a las de los clínicos en las medidas de pánico. Con relación al análisis de los resultados obtenidos por las diferentes técnicas de intervención, obtuvieron un TE de 1,53 considerando diversos tipos de exposición y a raíz de cuatro estudios. Para las técnicas de desactivación (respiración y relajación) el TE fue 0,86; para la TC fue 0,34 y combinando técnicas la exposición más TC se obtuvo un 1,28 y las técnicas de desactivación más exposición más TC obtuvieron un 0,83. Se derivó de este estudio que la exposición era un componente muy importante en el tratamiento del trastorno de pánico. El detalle de los resultados que obtuvieron puede verse en la Tabla 9.

Cuijpers, Cristea, Karyotaki et al (2016) llevaron a cabo un MA para estimar los efectos de la TCC en el tratamiento de tres trastornos de ansiedad (pánico, fobia social y TAG) y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) respecto a grupos control (lista de espera, TH, placebo farmacológico) a partir de 144 ECA y 184 comparaciones, publicados hasta finales de agosto de 2015. Para los TE del Trastorno de pánico incluyeron 30 estudios con 42 comparaciones y hallaron que la TCC fue más eficaz que la lista de espera ($g=0,96$) aunque la eficacia fue moderada cuando se tuvieron solo en cuenta cuatro estudios de alta calidad ($g=61$). En comparación a grupos control combinados, la TCC se mostró superior ($g=0,81$) pero no lo fue en comparación al TH ($g=0,27$). Por último, la TCC no se mostró más eficaz que el placebo farmacológico ($g=0,28$) (véase Tabla 9).

En el MA de Cuijpers, Gentili et al. (2016) los TE, en comparación a la lista de espera/TH, de la TC y la TCC en medidas de ansiedad general oscilaron entre un 0,30 y un 1,48. Para medidas específicas de pánico/agorafobia el TE fue 1,16. En el caso de los ataques de pánico durante dos semanas fue de un 2,1.

Pompoli et al. (2016) llevaron a cabo un MA en red para valorar la eficacia y la aceptabilidad de ocho terapias psicológicas para tratar el **trastorno de pánico con o sin agorafobia**, en adultos, comparándolas con tres condiciones control (no tratamiento, terapia de apoyo y terapia psicodinámica). El total de estudios que cumplieron los criterios de inclusión fueron 60 (42 de TCC, 13 de TCo y 6 de TC) dos de los cuales presentaban tratamientos con terapias de tercera generación de la TCC, y todos los estudios habían sido publicados hasta el 16 de marzo de 2015. La muestra total fue de 3.021 pacientes. El TE de la TCC (que excluía la TCo pura) en medidas específicas de pánico/agorafobia en comparación a la lista de espera fue 1,09. El TE de la TCo (técnicas de exposición) en comparación a la lista de espera fue 0,89 utilizando medidas específicas de pánico/agorafobia.

Significación clínica para la Agorafobia y el Trastorno de Pánico (con o sin Agorafobia)

En el MA de Westen y Morrison (2001), para el trastorno de pánico, la cifra de pacientes mejorados fue de un 63% entre los que completaron el tratamiento y de un 54% en el grupo de intención de tratarse.

Bados (2003) llevó a cabo una revisión de estudios para la agorafobia (con y sin pánico) en la que estimó los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados a raíz de la TCC. A partir de 10 estudios con 510 clientes halló que con la Exposición en vivo (EV) mejoraron un 70% (61-76% sin valores extremos) de los mismos, y con la TCC mejoraron un 66% (50-86% sin valores extremos) a partir de nueve estudios con 206 clientes. Los resultados de 4 estudios y 68 clientes para la EV fueron que un 55% (43-79%) dejaron de presentar ataques de pánico (AP) y para la TCC, obtenidos con 19 estudios y 344 clientes fueron que alrededor de un 65% (43-89% sin valores extremos). Como señala el autor, estos datos pueden ser una sobrestimación teniendo en cuenta que algunos clientes no presentaban AP en el pretest, por lo que sería más conveniente considerar los clientes que han dejado de presentar AP tras el tratamiento. En relación a los clientes recuperados se sitúan alrededor del 40% (22-55% sin valores extremos) con la EV y del 45% (29-64%) con la TCC. En el caso de la EV los datos se obtuvieron a partir de seis estudios con una muestra de 127 clientes, y en el caso de la TCC a partir de ocho estudios con 148 clientes.

Loerinc et al. (2015) en su revisión hallaron un porcentaje de pacientes mejorados, con elevado estado final de funcionamiento o recuperados en el postratamiento para el trastorno de pánico del 53,2% y en el seguimiento del 59,3%.

Pompoli et al. (2016) en su MA en red concluyeron que la TCC es la intervención más estudiada en comparación al resto de terapias incluidas en el estudio y también la que se mostró más eficaz. La TCo no demostró ser una alternativa válida a la TCC como tratamiento de primera elección para este tipo de pacientes. Los investigadores reportaron datos de un seguimiento de una media a los tres meses (que

podría ser considerado como un postratamiento) para pacientes adultos con trastorno de pánico comparando la TCC con el no-tratamiento. Basándose en un MA con siete estudios vieron que los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados fueron 80% (42-97%) y 61% (24-89%) respectivamente (Tabla 10).

Revisados diferentes MA con resultados sobre la eficacia de la TCC para la agorafobia y el trastorno de pánico observamos que el rango en que oscilan los TE pre-post ha sido 0,91-1,55. En relación a los datos de significación clínica, el rango de porcentajes de pacientes mejorados osciló entre 53,8% y 80%; de pacientes recuperados entre 40% y 61% y alrededor de un 65% dejaron de cumplir criterios diagnósticos una vez finalizado el tratamiento.

Tabla 9. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Agorafobia y pánico (con o sin agorafobia)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Olivares et al. (1999) MA 6 estudios	Autoinformes,	TCo	6	1,05 (0,57-1,53)								
	Autorregistro,	DS/Exposición	2	0,98 (Sin I.C.)								
	Registro de observación,	DS + cognitivas	2	0,46 (Sin I.C.)								
	Registros psicofisiológicos	Relaj + cogn.	1	1,39 (Sin I.C.)								
		Mixtas	1	1,67 (Sin I.C.)								
	TE: <i>d</i> de Cohen											
Westen y Morrison (2001) 17 ECA	Medidas principales pánico	TCC	17	1,55 (DT=1,2)								
	TE: <i>d</i> de Cohen											
Mitte et al (2005) MA 124 ECA		TCo/TCC										
	Evitación/cognición/pánico				32	0,87 (0,71-1,03)			13	0,51 (0,33-0,69)	19	0,23 (0,09-0,37)
	Significación clínica				21	1,36 (1,10-1,62)			10	0,58 (0,25-0,92)		TCo/TCC vs Combinado
	Depresión				23	0,72 (0,54-0,90)			8	0,27 (-0,02-0,56)	13	0,40 (0,23-0,56)
	Calidad de vida				8	0,85 (0,48-1,21)			6	0,42 (-0,11-0,94)	12	TCo/TCC vs Farmacoterapia
											5	0,25 (-0,18-0,68)
Norton y Price (2007) MA 34 ECA	Medidas principales del trastorno	TCC, TC y TCo		1,53 (Sin I.C.)		0,64 (Sin I.C.)						
		TC	6	1,37								
		Exposición	10	0,97								
	TE: <i>d</i> de Cohen	Relajación + TC	1	0,72								
		Relajación + Exposición	2	2,11								
		TC + Exposición	11	1,97								
		Relajación + TC + Exposición	28	1,52								

(Continúa)

Tabla 9. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Agorafobia y pánico (con o sin agorafobia) (continuación)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Sánchez-Meca et al. (2010) MA 42 ECA	Combinación medidas	Tratamientos psicológicos			65	0,78 (0,66-0,90)						
	Medidas de pánico			65	1,01 (0,85-1,17)							
	Ajuste global			65	0,89 (0,66-1,13)							
	Sensaciones corporales			65	0,87 (0,66-1,09)							
	Agorafobia			65	0,86 (0,68-1,03)							
	Ansiedad general			65	0,84 (0,69-0,99)							
	Pánico autoinformada			50	1,04 (0,85-1,23)							
	Pánico clínico			25	1,18 (0,92-1,44)							
	Pánico combinada			61	1,02 (0,86-1,18)							
	Agorafobia autoinformada			40	0,78 (0,62-0,95)							
	Agorafobia clínico			7	1,96 (1,61-2,32)							
	Agorafobia combinada			42	0,86 (0,68-1,03)							
	TE: <i>d</i> de Cohen			Exposición		4	1,53 (0,93-2,13)					
		T. desactivación (TD)		3	0,86 (0,20-1,52)							
		TC		3	0,34 (-0,25-0,93)							
		Exposición + TC		19	1,28 (1,04-1,53)							
		TD + Exposición + TC		22	0,83 (0,61-1,05)							
Bandelow et al. (2015) Psicoterapia: MA 40 ECA y 2656 clientes Farmacol. + Psicol.: 15 ECA y 1137 clientes	Medidas principales de pánico	TCC/Exposición indiv	47	1,24 (1,10-1,39)								
		TCC grupal	4	1,81 (1,50-2,12)								
		Relajación	8	1,39 (0,89-1,90)								
	TE: <i>d</i> de Cohen	T. Farmac.+ psicol.	10	1,55 (1,17-1,93)								
Cuijpers, Cristea, Karyotaki et al. (2016) MA 30 ECA Tr. de pánico	Medidas principales de Pánico	TCC			33	0,96 (0,70-1,23)	4	0,81 (0,59-1,04)	5	0,28 (0,03-0,54) F		
	TE: <i>g</i> de Hedges	Estudios de alta calidad			4	0,61 (0,27-0,96)	4	0,27 (-0,12-0,65)				
Cuijpers, Cristea, Weitz et al. (2016) MA 18 ECA Tr. de pánico	Medidas de depresión (BDI, BDI-II y HAMD-17) TE: <i>g</i> de Hedges	TCC	<i>K</i> =18	0,91 (0,78-1,05)								

(Continúa)

Tabla 9. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Agorafobia y pánico (con o sin agorafobia) (continuación)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos	
Cuijpers, Gentili et al. (2016) MA 12 ECA Tr. de pánico	BAI	TCC	4	1,37 (1,14-1,61)	4	1,48 (1,13-1,83)							
	HAMA		10	1,30 (0,96-1,64)	11	0,95 (0,57-1,33)							
	STAI-S					2	0,62 (-1,16-2,40)						
	STAI-T					5	0,30 (-0,50-1,09)						
	Medidas específicas Ataques Pánico/semana					16	1,16 (0,81-1,51)						
	TE: g de Hegdes				5	2,10 (0,69-3,50)							
Pompoli et al. (2016) MA 60 ECA Tr. de pánico		TCC			19	1,09 (0,88-1,31)							
		Tco				0,89 (0,57-1,20)							

K, número de comparaciones; Sin I.C.: el estudio no reporta los Intervalos de Confianza; **Placebo P:** psicológico y **F:** farmacológico;

Tabla 10. Resumen de la significación clínica en estudios sobre **Agorafobia y pánico (con o sin agorafobia)**

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Westen y Morrison (2001) 17 ECA	Se utilizaron las definiciones que recogía cada uno de los estudios analizados.	Completaron el tto	63,3% (DT=12,2) N=14		
		ITT	53,8% (DT=12,2) N=14		
Bados (2003) 10 ECA	Mejora: reducción notable o intensa del miedo o evitación agorafóbicos, frecuencia de AP e interferencia. Recuperación: clientes tratados que alcanzan un elevado estado final de funcionamiento.	Exposición en vivo	70% (35-95%)	40% (13-86%)	55% (43-79%) Libres de AP
		TCC	66% (50-86%)	45% (29-64%)	65% (0-100)
Pompoli et al. (2016) Tr. de pánico	Mejora: Nº de clientes que presentan una mejora sustancial respecto a la línea base, definida por los investigadores. Ejemplos: "Muy mejorado" o "bastante mejorado" en la CGI; reducción de más del 40% en la Escala de Severidad del Pánico (Shear, 1977) y reducción de más del 50% en el Cuestionario de Miedos Agorafóbicos (FQ, Marks 1979). Recuperación: Nº de clientes que han conseguido un estado final satisfactorio definido por la valoración global de los investigadores. Ejemplos: "libre de AP"; "asintomático o con síntomas mínimos en la Escala clínica de Impresión de la Severidad Global (CGI)".	TCC	80% (42-97%)	61% (24-89%)	
		N= 2 TC y 5 T Psicológica Exposición en vivo Relajación			

2.2.1.2. EFICACIA PARA LAS FOBIAS ESPECÍFICAS

Tamaños del efecto pre-post

En el MA de Olivares et al. (1999) el TE pre-post para la fobia específica fue 1,12 calculado a partir de 4 estudios. En relación a las técnicas empleadas para tratar este problema los TE oscilaron entre 0,90 (DS/exposición) y 6,57 (mixtas) (véase Tabla 11).

Ruhmland y Margraf (2001) estudiaron la eficacia del tratamiento para las fobias específicas mediante un MA de ocho estudios publicados entre 1974 y 1997. Concluyeron que varias técnicas de la TCC (desensibilización sistemática, exposición, terapia cognitiva, relajación y tensión aplicada) fueron muy eficaces. Los TE pre-post para medidas fóbicas fueron muy grandes y oscilaron entre 1,42 y 2,06. Los resultados se mantuvieron a largo plazo. El resto de TE calculados pueden consultarse en la Tabla 11.

Zlomke y Davis (2008) llevaron a cabo una revisión de 11 estudios publicados (9 de tratamiento individual y 2 de grupal) entre los años 1987 y 2004 sobre la eficacia de la exposición en una sola sesión para las fobias específicas. Esta intervención combina técnicas de exposición, modelado participante, desafío cognitivo y reforzamiento. Los TE pre-post para este tipo de intervención en adultos oscilaron entre 1,98 y 2,20 (los resultados variaron en función de las medidas utilizadas).

Öst (2008) realizó un MA para comprobar los logros en términos de eficacia de la TCC a lo largo de algunas décadas (de 1970 hasta 2008) en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En el MA se incluyeron 432 ECA de los cuales 100 fueron de fobias específicas. El TE pre-post para este trastorno fue 2,54.

Tamaños del efecto respecto a grupos control

Wolitzky-Taylor et al. (2008) realizaron un MA con 33 ECA publicados entre el año 1840 y agosto de 2007, para analizar la eficacia de los tratamientos psicológicos para las fobias específicas. En comparación a la lista de espera, la terapia de exposición (Exposición en vivo –EV-, exposición en imaginación, Exposición en Realidad Virtual, DRMO) presentó un TE grande (1,05) y al parecer, las técnicas cognitivas no parecían potenciar la EV. Otras intervenciones sin técnicas de exposición y el placebo también demostraron ser más eficaces que la lista de espera (0,98 y 0,57) respectivamente. Algunos estudios compararon intervenciones basadas en la exposición con otras sin exposición (TC, relajación progresiva) y las primeras obtuvieron mejores TE tanto en el post (0,44) como en el seguimiento (0,35). Otros resultados del estudio se detallan en la Tabla 11.

Powers y Emmelkamp (2008) llevaron a cabo un MA de estudios publicados entre 1840 y 2007 en el que incluyeron 13 estudios (9 para las fobias específicas) con una muestra total de 397 pacientes, para estudiar la eficacia de la Exposición mediante Realidad Virtual (ERV) frente a la exposición y condiciones de control (lista de espera, la relajación, la biblioterapia y el placebo atencional) en trastornos de

ansiedad. La ERV se mostró eficaz ante condiciones de control ($g=0,95$) para las fobias específicas. La Exposición en vivo (EV) se mostró más eficaz que la lista de espera ($d=1,65$) y al comparar la ERV y la EV no se observó que la primera fuera superior en eficacia ($g=0,34$).

En el MA de Öst (2008), el TE de la TCC para el tratamiento de las fobias específicas en comparación a las medidas control fue 1,39.

Significación clínica en las fobias específicas

Öst (2008) halló que el porcentaje de pacientes mejorados con TCC osciló entre el 84% y el 90%. A su vez, Zlomke y Davis (2008) comprobaron que las tasas de mejora de los diferentes ECA revisados oscilaban entre el 85% y el 90%.

Bados (2015b) en su revisión encontró que sobre un 80% (70%-90%) de los clientes con fobias específicas tratados obtenían una mejora clínicamente significativa de la intervención, lo cual concuerda con los datos de Öst (1989) (75-85%). En cuanto a los clientes moderadamente o muy recuperados (aquellos que lograban valores normativos en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables) estimó que se hallaban alrededor de un 68% (50%-86%) para las siguientes fobias: a intervenciones dentales, inyecciones y sangre; animales, alturas, lugares cerrados y volar. Por lo que respecta a los clientes muy recuperados (criterios más estrictos: mejoras fiables y lograr en el 100% de tres variables un valor normativo), el porcentaje fue un 63%, (un 76% en los estudios realizados en una sola sesión).

En la revisión de estudios entre los años 2000 y 2014 que realizaron Loerinc et al. (2015) encontraron un porcentaje de pacientes mejorados, con elevado estado final de funcionamiento o recuperados en el postratamiento para las fobias específicas del 52,7%.

En el caso de las fobias específicas se han localizado pocos estudios metaanalíticos con resultados sobre la eficacia de la TCC (véanse Tablas 11 y 12). Observamos que el rango en que oscilaron los TE pre-post fue entre 1,87-2,20. Con relación a los datos de significación clínica, el rango de porcentajes de pacientes mejorados osciló entre el 80% y el 90%; de pacientes recuperados entre 63% y 68% y no se han encontrado datos respecto a los clientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos una vez finalizado el tratamiento.

Tabla 11. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Fobias específicas**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Olivares et al. (1999) MA 7 estudios	Autoinformes,	TCo	4	1,12 (0,64-1,59)								
	Autorregistro,	DS/exposición	2	0,90								
	Registro de observación,	Otras (modelado, inversión del hábito y refuerzo)	1	1,92								
	Registros psicofisiológicos	Mixtas	1	6,57								
TE: <i>d</i> de Cohen												
Zlomke y Davis (2008) Revisión 9 ECA con 260 clientes individual y 2 ECA con 86 clientes grupal	Medidas específicas fobia	Tratamiento en una sola sesión		de 1,98 (0,91-3,05) a 2,20 (0,79-3,80)								
	TE= <i>d</i> de Cohen											
Öst (2008) MA 100 ECA		Tratamiento en una sola sesión		2,54 (Sin IC)				1,39 (Sin IC)				
Wolitzky-Taylor et al. (2008) MA DE 33 ECA	Medidas principales del trastorno.	Tratamiento activo			20	1,03 (0,91-1,16)						
		Cuestionarios			14	1,02 (0,85-1,19)						
		Medidas conductuales			14	1,09 (0,91-1,27)						
		Exposición (Exp)			18	1,05 (0,91-1,20)		5	0,48 (0,25-0,72)			
		Cuestionarios			12	1,00 (0,79-1,20)		2	0,61 (0,20-1,02)			
		Medidas conductuales			13	1,16 (0,96-1,36)		5	0,42 (0,13-0,70)			
		Exp vs Exp + TC (todas medidas)								9	0,17 (-0,09-0,44)	
Exp vs Exp + TC (cuestionarios)								3	0,22 (-0,24-0,68)			
Exp vs Exp + TC (conductuales)								5	0,25 (-0,11-0,60)			
Wolitzky-Taylor et al. (2008) MA DE 33 ECA	Medidas principales del trastorno.	Tratamiento activo			20	1,03 (0,91-1,16)						
		Cuestionarios			14	1,02 (0,85-1,19)						
		Medidas conductuales			14	1,09 (0,91-1,27)						
		Exposición (Exp)			18	1,05 (0,91-1,20)		5	0,48 (0,25-0,72)			
		Cuestionarios			12	1,00 (0,79-1,20)		2	0,61 (0,20-1,02)			
		Medidas conductuales			13	1,16 (0,96-1,36)		5	0,42 (0,13-0,70)			
		Exp vs Exp + TC (todas medidas)								9	0,17 (-0,09-0,44)	
Exp vs Exp + TC (cuestionarios)								3	0,22 (-0,24-0,68)			
Exp vs Exp + TC (conductuales)								5	0,25 (-0,11-0,60)			
Powers y Emmelkamp (2008) MA 9 ECA y 202 pacientes	TE: <i>d</i> de Cohen	ERV			9	0,95 (Sin I.C.)						
		EV			3	1,65 (0,12-3,17)						
		ERV vs EV								5	0,35 (0,02-0,65)	

Tabla 11. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Fobias específicas (continuación)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Ruhmland y Margraf (2001)	Medidas principales	POST: Desensibilización sistemática		DT*								
MA 8 estudios	fobia específica, depresión, ansiedad, discapacidad	Síntomas principales Otros miedos/ansiedad	8 6	2,06 (1,35) 1,84 (2,35)								
		Exposición										
		Síntomas principales	21	1,87 (0,63)								
		Otros miedos/ansiedad	15	0,60 (0,32)								
	TE: <i>g</i> de Hedges	Depresión	9	0,43 (0,25)								
		Discapacidad	9	1,46 (0,60)								
		Terapia Cognitiva										
		Síntomas principales	3	1,61 (0,39)								
		Otros miedos/ansiedad	2	0,37 (0,07)								
		Relajación aplicada										
		Síntomas principales	5	1,52 (0,42)								
		Otros miedos/ansiedad	5	0,56 (0,24)								
		Relajación + Tensión aplicada										
		Síntomas principales	2	1,43 (0,32)								
		Otros miedos/ansiedad	2	0,98 (0,42)								
		Tensión aplicada										
		Síntomas principales	6	1,42 (0,42)								
		Otros miedos/ansiedad	6	0,69 (0,37)								
		Depresión	2	0,20 (0,14)								
		Psicoeducación										
		Síntomas principales	2	0,44 (0,25)								
		Otros miedos/ansiedad	2	0,50 (0,04)								
		Manejo del estrés										
		Síntomas principales	2	0,33 (0,05)								
		Otros miedos/ansiedad	2	0,61 (0,29)								
		SEGUIMIENTO 6 meses										
		Exposición										
		Síntomas principales	3	1,58 (0,61)								
		Otros miedos/ansiedad	3	0,78 (0,36)								
		Relaj. + Tensión aplicada,										
		Síntomas principales	2	1,48 (0,10)								
		Otros miedos/ansiedad	2	1,07 (0,41)								

K, número de comparaciones; *No se proporciona información sobre el Intervalo de Confianza (IC) y en su lugar se aporta la Desviación Típica (DT); Sin IC: no se proporciona información sobre el Intervalo de Confianza.

Tabla 12. Resumen de la significación clínica en estudios sobre **Fobias específicas**

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Bados (2015b)	Mejora Moderadamente o muy recuperados: aquellos que lograban valores normativos en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables Muy recuperados: mejora fiables y lograr en el 100% de tres variables un valor normativo	TCC	80% (70%-90%)	68% (50-86%) Moderadamente o muy recuperados 63% (muy recuperados)	
Öst et al (2008)	Se tomaron las definiciones de cada uno de los estudios	Tratamiento en una sola sesión	84%-90%		
Zlomke y Davis (2008)	Mejora: tasas de mejora clínica (reducción de la intensidad de la respuesta de ansiedad)	Tratamiento en una sola sesión	85%-90%		

2.2.1.3 EFICACIA PARA LA FOBIA SOCIAL

Tamaños del efecto pre-post

En el MA de Olivares et al. (1999) el TE pre-post para la fobia social fue 1,49 calculado a partir de 7 estudios. En relación a las técnicas empleadas para tratar este problema los TE oscilaron entre 1,25 (relajación + TC) y 3,46 (otras: modelado, inversión del hábito y refuerzo) (véase Tabla 13).

Moreno et al. (2000) en su estudio meta-analítico con 39 estudios comprobaron la eficacia de las técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales (EHS), técnicas de RC y sus combinaciones (TCC) para tratar la fobia social. El TE pre-post general que se derivó del MA fue un 0,77, incrementando hasta un 0,95 en el seguimiento. Los TE para las diferentes técnicas y su combinación oscilaron entre 0,56 y 0,84 en el postratamiento y 0,75 y 1,10 en el seguimiento (los TE específicos pueden consultarse en la Tabla 13).

Ruhmland y Margraf (2001) compararon la eficacia de 6 tratamientos psicológicos diferentes para la fobia social en un MA con 29 estudios. Calcularon los TE para 6 medidas clínicas de resultados: síntomas principales, ansiedad general, depresión, discapacidad, psicopatología general e integración social. El TE para los síntomas principales de la fobia social con la exposición fue 1,76. El TE para la TCC fue algo menor (1,07), pero ambos TE no difirieron estadísticamente. Los investigadores comprobaron que las ganancias del tratamiento se mantuvieron hasta los 2 años en el caso de la exposición y en 2 estudios de su revisión se mantuvieron entre 3 y 5 años. La Exposición, la TCC, la TC y el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se mostraron eficaces en la reducción de los síntomas principales de la fobia social. Para otras medidas de resultado los TE varían de grande a moderado en función de la intervención. El seguimiento de entre 7 y 24 meses mostró que los resultados de la Exposición y de la TCC se mantenían e incluso mejoraban en algunas medidas (Síntomas principales en la primera y Miedos diferentes/ ansiedad en la segunda), aunque los resultados están basados en tan solo 3 estudios en ambos casos.

Sánchez-Meca et al. (2004) analizaron mediante un MA 15 publicaciones europeas con 35 ECA sobre la eficacia de las intervenciones conductuales para la fobia social específica (8 ECA, 22,9%), generalizada (23 ECA, 65,7%) y los dos tipos de fobia (11,4% de los estudios). Calcularon los TE (diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del posttest, dividida por la desviación típica del pretest) pre-postratamiento. El TE para la fobia social generalizada en el postratamiento fue 1,10 y para la fobia social específica 0,63. En ambos tipos de fobia social aumentaron los TE en el seguimiento: 1,60 y 0,96 respectivamente (véase Tabla 13).

Norton y Price (2007) analizaron 17 ECA con 51 comparaciones para la eficacia del tratamiento de la fobia social. La diferencia media tipificada (DMT) pre-post que hallaron fue de 1,53 para la

exposición y 1,16 para la TCC considerando las medidas principales del trastorno para la fobia social. Otros resultados del MA pueden consultarse en la Tabla 13.

En el MA de Bandelow et al. (2015), el tamaño del efecto pre-post en ansiedad social para la TCC/exposición fue 1,10 en formato individual y 1,01 en formato grupal.

En el MA de Cuijpers, Cristea, Weitz et al. (2016) el TE pre-post para la fobia social (a partir de 13 ECA y 19 comparaciones) fue 0,73 a partir de las medidas de depresión.

En el MA de Cuijpers, Gentili et al. (2016) los TE pre-post de la TCC en las medidas de ansiedad general osciló entre un 0,57 (STAI-T) y un 1,41 (Hamilton) (véase Tabla 13).

Tamaños del efecto respecto a los grupos control

Sánchez-Meca et al. (2004) El TE de la fobia social generalizada, en comparación a los grupos control, en el postratamiento fue 0,27 y para la fobia social específica -0,036. En la fobia social generalizada aumentó el TE en el seguimiento (0,44) (véase Tabla 13).

Powers et al. (2008) llevaron a cabo un MA con 32 ECA para el tratamiento de la fobia social en 1479 adultos en el que intentaron determinar si el hecho de incluir componentes específicos en la TCC (exposición, reestructuración cognitiva, relajación y entrenamiento en habilidades sociales) mejoraba sus resultados. Los estudios seleccionados pudieron estar publicados entre el año 1840 y enero del 2008. Concluyeron que no había diferencias en los resultados por el hecho de incluir o no incluir algunos de estos componentes del tratamiento, así como tampoco las hallaron en relación a si el tratamiento era individual o grupal. El TE de la TCC en comparación a la lista de espera fue 0,86, en comparación a grupos control combinados (LE y placebo) fue 0,68 y en comparación al placebo fue 0,38 (0,34 para el placebo psicológico y 0,36 para el farmacológico). Los TE aportados por el MA pueden consultarse en la Tabla 13.

Acarturk et al. (2009) llevaron a cabo un MA con 29 ECA y una muestra de 1628 pacientes para examinar la eficacia de tratamientos psicológicos para la fobia social. Los estudios estuvieron publicados entre el año 1966 y el mes de enero del 2007. El TE de la TCC y la exposición fue grande ($d=0,86$) y pequeño al comparar estos tratamientos con placebo más TH ($d=0,36$) en medidas de ansiedad y evitación social. Los TE de las dos intervenciones combinadas en comparación a los grupos control (lista de espera + placebo) en distintas medidas fueron: cogniciones disfuncionales ($d=0,80$) y ansiedad/evitación social ($d=0,70$).

El NICE en el año 2013 llevó a cabo un MA en red sobre la eficacia de los tratamientos para la fobia social (los resultados del cual están en la Tabla 13). Algunas de las conclusiones a las que llegaron fueron que la TCC individual, pero no la exposición, fue superior en medidas de ansiedad social a los dos tipos de placebo (psicológico 0,56 y farmacológico 0,72) y a otras terapias no cognitivo-conductuales.

También que el placebo fue superior, en medidas de ansiedad social, a la lista de espera con una DMT de 0,63 (placebo psicológico) y 0,47 (placebo farmacológico). La TCC individual, pero no la exposición, fue superior a los dos tipos de placebo y a otras terapias no cognitivo-conductuales. Derivaron del MA la recomendación de aplicar la combinación de RC más exposición y la TC de Clark y Wells en las intervenciones psicológicas para la fobia social.

Barkowski et al. (2016) llevaron a cabo un MA para investigar la eficacia de la TCC grupal para adultos, incluyendo 33 ECA publicados y 3 tesis no publicadas entre 1990 y 2016, con 50 comparaciones en los análisis. Hallaron que la TCC grupal es eficaz y equivalente a otros formatos de tratamiento y se mostró más eficaz que la condición de lista de espera ($g=0,84$), resultados que se mantenían según 8 estudios en el seguimiento ($g=1,09$) y equivalente a otras opciones de tratamiento. En comparación al placebo, el TE de la TCC grupal fue superior ($g=0,31$) a un grupo de control atencional en medidas específicas de fobia social pero no lo fue en medidas de psicopatología general ($g=0,29$) (véase Tabla 13).

En el MA de Cuijpers, Cristea, Kariotaki et al. (2016) con 36 estudios para la fobia social y 48 comparaciones, los TE de la TCC en comparación a los grupos control (lista de espera, TH, placebo farmacológico) oscilaron entre $g=0,30$ (TH en estudios de alta calidad) y $g=1,00$ (lista de espera en estudios de alta calidad). El detalle de los resultados obtenidos puede consultarse en la Tabla 13.

En el MA de Cuijpers, Gentili et al. (2016) los TE de la TCC, en comparación a la lista de espera/TH, fueron: 1,01 en medidas específicas de ansiedad social y de 0,65 a 1,35 en las medidas de ansiedad general.

Fobia social significación clínica

En el MA de Moreno (2000) se observó que el porcentaje de clientes mejorados fue del 68%.

En relación a los pacientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos para la fobia social, el MA del NICE (2013) no halló diferencias entre la TCC individual y la exposición. La TCC fue la única que se mostró superior a los placebos psicológico y farmacológico y a terapias no cognitivo-conductuales.

En la revisión de Loerinc et al. (2015) se halló un porcentaje de pacientes con fobia social mejorados, con elevado estado final de funcionamiento o recuperados en el postratamiento del 45,3% y en el seguimiento del 55,5%.

Bados (2015a) llevó a cabo una revisión de los datos de significación clínica de los resultados de la TC y TCC para el tratamiento de la Fobia Social. Halló que los porcentajes de los clientes que mejoraban bastante o mucho oscilaban del 61% al 64% con las intervenciones más eficaces. La TC de Clark y Wells presentó un sorprendente porcentaje del 79% en un único estudio. En relación a la recuperación, podían considerarse en esta situación un 51% (TC de Clark y Wells), un 41% (TCC) y un 63% (Exposición) de los

clientes tratados. Teniendo en cuenta a todos los clientes que iniciaron el tratamiento los resultados serían inferiores. Este porcentaje ha sido muy inferior cuando se ha considerado al grupo de pacientes muy recuperados: 22% con TCC y 29% con exposición (entre los clientes tratados).

Revisados diferentes MA con resultados sobre la eficacia de la TCC para la fobia social observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,74-1,27, de moderado a alto. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados estuvieron entre el 61% y el 68%, de pacientes recuperados entre el 41% y el 63% y muy recuperados entre el 22% y el 29%.

Tabla 13. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Fobia Social**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera (LE)	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos	
Olivares et al. (1999) MA 7 estudios	Autoinformes	TCo	7	1,49 (1,03-1,87)									
	Autorregistro	Cognitivas	2	1,45 (Sin I.C.)									
	Registro de observación	Relaj + cogn.	1	1,25 (Sin I.C.)									
	Registros psicofisiológicos	Otras	1	3,46 (Sin I.C.)									
	TE: <i>d</i> de Cohen	Mixtas	3	1,44 (Sin I.C.)									
Moreno et al. (2000) MA 39 estudios	Medidas principales de fobia social TE: <i>d</i> de Cohen	TCC post		0,77									
		Exposición	10	0,84 (0,61-1,06)									
		RC (Ellis)	4	0,76 (0,38-1,15)									
		EHS	3	0,61 (0,20-1,02)									
		Expo + RC (Ellis)	9	0,84 (0,54-1,10)									
		Expo + EHS	6	0,69 (0,39-0,99)									
		Expo + RC (Beck)	5	0,56 (0,26-0,85)									
		TCC seguimiento		0,95									
		Exposición	8	0,95 (0,67-1,22)									
		RC (Ellis)	4	1,10 (0,70-1,50)									
		EHS	3	0,89 (0,46-1,32)									
		Expo + RC (Ellis)	8	0,96 (0,69-1,24)									
		Expo + EHS	4	0,94 (0,59-1,30)									
		Expo + RC (Beck)	5	0,75 (0,40-1,11)									
Ruhmland y Margraf (2001) MA con 29 ECA	Medidas principales fobia social, depresión TE: <i>g</i> de Hedges	POST											
		Exposición		DT									
		Síntomas principales	7	1,76 (1,81)									
		Miedos ≠ /ansiedad	2	2,13 (2,42)									
		TCC											
		Síntomas principales	17	1,07 (0,36)									
		Miedos ≠ /ansiedad	6	1,18 (1,62)									
		Depresión	9	0,75 (0,29)									
		Discapacidad	3	0,84 (0,31)									
		Total de síntomas	6	0,71 (0,28)									
		TC											
		Síntomas principales	3	1,13 (0,09)									
		Miedos ≠ /ansiedad	2	0,30 (0,03)									
		Depresión	2	1,13 (0,26)									
E. Habilidades Sociales (EHS)													
Síntomas principales	2	0,85 (0,41)											
Depresión	2	0,61 (0,27)											

Tabla 13. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Fobia Social (continuación)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post		TE respecto a lista espera (LE)		TE respecto a grupos control combinados		TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)		TE respecto a otros tratamientos		
Sánchez-Meca et al (2004) MA 35 estudios y 657 clientes (ITT), 574 (completaron el tto)	Medidas principales fobia social y SCL-90-R TE: <i>d</i> de Cohen corregida	Fobia social generalizada												
		Global	19	0,91 (0,77-1,05)		2	0,29 (-1,39-1,99)							
		Fobia Social	19	1,10 (0,95-1,26)		2	0,27 (-1,59-2,13)							
		Autoinformes	18	0,86 (0,72-1,00)		2	0,29 (-1,39-1,99)							
		Autorregistros	2	1,58 (-1,35-4,52)		2	0,86 (0,72-1,00)							
		Exposición	5	1,49 (0,96-2,02)			--							
		RC	2	0,46 (-1,69-2,61)										
		Expo + Rc	5	1,13 (0,71-1,56)										
		RC + HHSS	3	1,62 (0,74-2,49)										
		Expo + relajación	--											
		T. farmacológico	1	0,81 (-0,45-1,16)										
		Fobia social específica												
		Global	7	0,54 (0,13-0,95)		1	-0,036 (0,79-0,71)							
		Fobia Social	7	0,63 (0,21-1,05)		1	-0,036 (0,79-0,71)							
		Autoinformes	7	0,56 (0,15-0,96)		1	-0,036 (0,79-0,71)							
		Autorregistros	1	8,04 (-2,81-13,2)			--							
		Exposición	1	0,45 (-0,29-1,20)										
		RC	1	0,25 (-0,46-0,96)										
		Expo + Rc	4	0,75 (0,30-1,20)										
		RC + HHSS	--											
Expo + relajación	1	4,02 (1,32-6,71)												
Combinación 2 Fobias sociales														
Global	2	1,31 (-0,29-5,58)		2	1,44 (-2,28-5,87)									
Fobia Social	2	1,04 (-2,77-4,86)		2	1,13 (-2,89-5,16)									
Autoinformes	2	1,31 (-2,94-5,58)		2	1,44 (-2,98-5,87)									
Norton y Price (2007) MA 17 ECA	Medidas principales del trastorno. TE: <i>d</i> de Cohen corregida con la <i>g</i> de Hedges	Total TC Exposición TC+ Exposición		1,27 (Sin I.C.) 1,03 1,53 1,16										
Powers et al. (2008) MA 32 ECA y 1479 clientes	Medidas específicas (FNE, SAS, SPS, SPAL...) y Medidas generales ansiedad/depresión (BAI, BDI, SCL-90...) TE: <i>d</i> de Cohen y <i>g</i> de Hedges	TCC Exposición TC Expo +TC			20 20	<i>d</i> 0,86 (0,72-1,00) <i>g</i> 0,84 (0,70-0,98)	9 9	<i>d</i> 0,68 (0,55-0,82)* <i>g</i> 0,67 (0,54-0,80)*	12	0,38 (0,22-0,55) 0,34 (P) y 0,36 (F)				
			16 16 30	0,89 (0,52-1,26) 0,80 (0,44-1,15) 0,61 (0,47-0,76)				<i>d</i> 0,46 (0,21-0,72) <i>g</i> 0,46 (0,21-0,71)						

Tabla 13. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Fobia Social (continuación)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post		TE respecto a lista espera (LE)		TE respecto a grupos control combinados		TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)		TE respecto a otros tratamientos	
Acarturk et al. (2009) MA 29 ECA y 1628 clientes	Cogniciones disfuncionales Ansiedad/evitación social TE: d de Cohen	TCC + Exposición		35	0,86 (0,72-1,00)	12	0,36 (0,20-0,52)						
						26	0,80 (0,54-1,05)*						
						16	0,70 (0,47-0,93)*						
NICE (2013)	TE: DMT	TCC individual			1,19 (1,48-0,89)					0,56 P			
		TCC (Heimberg)			1,02 (1,42-0,62)					0,72 F			
		TC Clark y Wells			1,56 (1,85-1,27)								
		Versión abreviada			0,97 (1,21-0,73)								
		TCC grupal			0,85 (1,04-0,67)								
		TCC grupal de Heimberg			0,80 (1,02-0,58)								
		Exposición en vivo			0,83 (1,07-0,59)								
		Entrenamiento en habilidades sociales			0,88 (0,38-0,38)								
Bandelow et al. (2015) MA 34 ECA y 2799 clientes Farmacol. + Psicol.: 9 ECA y 1020 clientes	Medidas principales de cada tr. de ansiedad TE: d de Cohen	TCC/Exposición individual	26	1,10 (0,93-1,28)									
		TCC grupal	13	1,01 (0,72-1,29)									
		Minfulness	3	0,87 (0,59-1,15)									
		Tto. farmac.+ tto psicológico	4	2,15 (1,35-2,95)									
Barkowski et al. (2016) MA 36 ECA y 2171 pacientes	Medidas principales de fobia social y medidas psicopatología general TE: g de Hedges	TCC-Grupal											
		Síntomas específicos			0,84 (0,72-0,97)			6	0,31 (0,14-0,48)				
		Psicopatología general			0,62 (0,36-0,89)			2	0,29 (-0,06-0,64)				
		TCC-Grupal											
		Síntomas específicos	7	1,09 (0,63-1,55)									
		Psicopatología general	6	0,73 (0,44-1,02)									
Cuijpers, Cristea, Karyotaki et al. (2016) MA 36 ECA	Medidas principales de fobia social TE: g de Hedges	TCC		40	0,98 (0,83-1,14)	48	0,80 (0,67-0,93)	5	0,47 (0,24-0,70) F				
		Estudios de alta calidad		5	1,00 (0,61-1,40)	8	0,76 (0,47-1,06)						
						3	0,44 (0,12-0,77) TH						
						2	0,30 (-0,04-0,64) TH						
Cuijpers, Cristea, Weitz et al. (2016) MA 13 ECA	Medidas de depresión (BDI, BDI-II y HAMD-17) TE: g de Hedges	TCC	19	0,73 (0,57-0,89)									

Tabla 13. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Fobia Social (continuación)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E.	K	TE	K	TE	K	TE	K
				Pre-post		respecto a lista espera (LE)		respecto a grupos control combinados		respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	
Cuijpers, Gentili et al. (2016)	BAI	TCC	8	0,81 (0,58-1,03)	8	0,73 (0,56-0,90)					
	HAMA		2	1,41 (1,17-1,66)	2	1,35 (0,88-1,81)					
	STAI-S		3	0,70 (0,49-0,90)	3	0,79 (0,35-1,23)					
MA 9 ECA	STAI-T		2	0,57 (0,27-0,87)	2	0,65 (-0,55-1,84)					
	Medidas específicas				13	1,01 (0,70-1,31)					
	SIAS				7	0,80 (0,21-1,38)					

TE: g de Hedges

K, número de comparaciones; Sin I.C.: el estudio no reporta los Intervalos de Confianza; *Grupo control= Lista de espera + placebo;

Tabla 14. Resumen de la significación clínica en estudios sobre **Fobia Social**

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Moreno et al. (2000) MA	No se define el criterio en el estudio	TCC	68%		
Bados (2015b) Revisión	Las definiciones de mejora y recuperación se basaron en las que se plantearon en cada estudio. Moderadamente o muy recuperados: alcanzan valores normativos o criterios arbitrarios de recuperación en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables. Muy recuperados: en 3 ó más variables alcanzan criterios en al menos un 75%.	TCC	61-64%	41% * / 22%**	
		TC (Clark y Wells)	79% (1 estudio)	51% *	
		Exposición Placebo farmacológico / Psicológico	40%	63% * / 29% **	

* Moderadamente o muy recuperados; ** Muy Recuperados

2.2.1.4 EFICACIA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Hofmann et al. (2012) en su revisión de MA subrayaron que para el tratamiento del TAG, la TCC fue superior en comparación al grupo control o al placebo farmacológico e igual de eficaz a la terapia de relajación, la terapia de apoyo y a la terapia farmacológica.

Tamaños del efecto pre-post

En el MA de Westen y Morrison (2001) los datos obtenidos a partir de 5 estudios sobre TAG fueron un TE pre-postratamiento de 2,09 (DT=0,76).

Borkovec y Ruscio (2001) revisaron 13 ECA para valorar la eficacia de la TCC para reducir los síntomas del TAG y depresivos. Calcularon los TE como la diferencia entre las puntuaciones del pre y postratamiento (o seguimiento) dividida por la DT del pretratamiento. El TE pre-post para la TCC en medidas de ansiedad fue 2,48 y 1,14 en medidas de depresión. El TE pre-seguimiento en medidas de ansiedad fue 2,44 y 1,22 en depresión. El resto de medidas pre-post puede consultarse en la Tabla 15. Los resultados avalan la eficacia de la TCC para el tratamiento del TAG.

Los resultados que Norton y Price (2007) encontraron en su MA para el TAG, a partir de 17 ECA y 45 comparaciones, utilizando las medidas principales del trastorno fueron: TE pre-post para la TCC (1,54), para la TC (2,06) y para la TCo (1,72). Las diferencias entre las terapias no fueron significativas. La DMT para todas las terapias conjuntamente fue 1,80. En cuanto al mantenimiento de las mejoras conseguidas observaron que se mantenían en seguimientos de dos años, aunque entre un 20% y un 40% de los pacientes (los porcentajes más altos corresponden a seguimientos más largos) recibieron tratamiento adicional en el seguimiento, bien psicológico o farmacológico.

El MA de Bandelow et al (2015) incluía 22 ECA con 1467 clientes sobre tratamiento psicológico y 4 ECA con 203 clientes sobre la combinación de tratamiento psicológico y farmacológico. El TE para la TCC/exposición en formato individual fue de un 1,81, siendo un resultado muy favorable de la eficacia de esta intervención. Otros resultados del MA pueden consultarse en la Tabla 15.

En el MA de Cuijpers, Cristea, Weitz et al. (2016) el TE pre-post para el TAG (a partir de 16 ECA y 21 comparaciones) fue 0,87 en las medidas de depresión.

El MA de Cuijpers, Gentili et al. (2016) mostró en el caso del TAG (20 estudios) unos TE pre-post de la TCC en las medidas de ansiedad general que oscilaron entre 0,67 (STAI-T) y 1,34 (Hamilton) (véase Tabla 15).

Tamaños del efecto respecto a grupos control

La revisión de Borkovec y Ruscio (2001) aportó datos sobre la comparación de la TCC frente a diferentes condiciones: a) aplicación de TC o TCo solas: el TE obtenido fue bajo ($d=0,26$); b) placebo (farmacológico) o terapia alternativa (terapia de apoyo basada en la escucha): el TE fue medio ($d=0,71$) y c) lista de espera o no-tratamiento: el TE fue grande ($d=1,09$). Los resultados indicaron que la TCC produce mayores efectos que el no-tratamiento, que el placebo farmacológico y psicológico y equivalente a la aplicación de la TC y TCo solas.

Un MA muy completo y detallado sobre la eficacia de diferentes terapias que se englobarían bajo el paraguas de la TCC y de la TC y la relajación aplicada, en comparación a la lista de espera fue conducido por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2011). Incluyó ECAs publicados hasta el año 2010. En la Tabla 15 pueden consultarse los resultados obtenidos en el MA del NICE (2011) y los datos de tres tratamientos para el TAG (la TCC de Dugas, la terapia Metacognitiva de Wells y la TCC de Barlow) analizados por Bados (2015c). De los resultados obtenidos podría pensarse que los TE de la TCC fueron superiores a los TE de la relajación aplicada respecto a los grupos de lista de espera, pero cabe destacar que dado que los resultados no se basaron en comparaciones directas las diferencias podrían deberse a variables distintas del tipo de tratamiento aplicado, como por ejemplo el perfil de los pacientes, la gravedad de los problemas que presentan o bien lo expertos que son los terapeutas. Estas variables han podido ser diferentes entre los estudios. También se observó que tanto la relajación aplicada como diferentes tipos de TCC fueron superiores a la lista de espera. En todos los casos el mayor TE fue observado en la variable preocupación.

Hanrahan et al. (2013), realizaron un MA con 17 ECA en una muestra de clientes adultos con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, para comprobar el efecto de la TC en las preocupaciones. En la medida de preocupación patológica el TE de la TCC respecto a la lista de espera fue de 1,81. En comparación a intervenciones no directivas consideradas conjuntamente (relajación aplicada, terapia psicodinámica breve, terapia no directiva) el TE de la TCC fue 0,63 en la medida de preocupación (TE que disminuyó a 0,45 al eliminar un dato extremo).

Otro MA que estudió la eficacia del tratamiento psicológico (principalmente TCC y TCo) para el TAG en comparación con grupos control combinados (lista de espera, placebo o TH) fue el que realizaron Cuijpers, Sijbrandij et al. (2014). Analizaron 41 ECA con una muestra total de 2132 pacientes. Los TE fueron grandes en preocupación ($g = 0,95$) o ansiedad según el clínico ($g = 1,02$) y moderados en ansiedad auto-informada ($g = 0,65$). En el seguimiento a los doce meses, la TCC se mostró superior a la relajación aplicada y no se encontraron diferencias entre la terapia individual y la grupal ni entre la TCC y la terapia farmacológica. Para las medidas de depresión (comórbida al TAG) las DMTs fueron moderadas con el BDI ($g=0,80$) y grandes según el clínico ($g=0,91$). Los investigadores concluyeron que la TCC es

eficaz y clínicamente significativa para tratar el TAG en adultos.

En el MA de Cuijpers, Cristea, Kariotaki et al. (2016) con 24 estudios sobre el TAG y 31 comparaciones el TE de la TCC, en medidas específicas del TAG, respecto a la lista de espera fue 0,85; respecto al TH fue 0,45 y en relación al placebo farmacológico el TE fue 1,32 (véase Tabla 15).

El MA de Cuijpers, Gentili et al. (2016) mostró en el caso del TAG (20 estudios), un TE de 0,73 de la TCC en comparación a grupos control combinados (lista de espera y TH); para la medida específica del trastorno y un TE entre 0,50 y 0,98 para las medidas de ansiedad general.

TAG significación clínica

En el MA que incluía cinco estudios de Westen y Morrison (2001), los pacientes que habían mejorado con TAG fueron un 52% de los que completaron el tratamiento y un 44% de los que lo habían empezado.

En el estudio del NICE (2011) también se aportaron datos sobre los pacientes que habían mejorado con la TCC, que fueron el 40% frente al 5% que lo hicieron estando en la condición de lista de espera. Respecto a los pacientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos para TAG fueron un 50% con la TCC y un 15% estando en lista de espera.

Hanrahan et al. (2013) a partir de 12 estudios y utilizando como medida el PSWQ con pacientes con TAG, obtuvieron un porcentaje de pacientes recuperados del 46%. EL criterio de recuperación utilizado fue lograr un cambio estadísticamente fiable y una mayor probabilidad de pertenecer a la población funcional que a la disfuncional.

Bados (2015c) llevó a cabo una revisión de 23 estudios publicados sobre la eficacia del TAG hasta el año 2014 y calculó los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados a raíz del tratamiento psicológico en dichos estudios. El criterio que utilizó el investigador para definir la mejora fue haber logrado un cambio estadísticamente fiable y consideró dos medidas por separado: el Inventario de Rasgo de Ansiedad de Spielberger (STAI-T) y el Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania (PSWQ). Se consideraron pacientes recuperados aquellos que al terminar el tratamiento habían logrado un cambio estadísticamente fiable y una mayor probabilidad de pertenecer a la población funcional frente a la disfuncional en las medidas anteriores. Considerando conjuntamente diversos tipos de TCC y los clientes que acabaron el tratamiento, mejoraron un 71% en el STAI-T en el postratamiento (73% a los 6 meses) y un 82% en el PSWQ (85% a los 6 meses). En cuanto a la **recuperación**, se produjo en alrededor de la mitad de la muestra que completaba el tratamiento tanto en el postratamiento como en el seguimiento. Un tercer cálculo que llevó a cabo fue el porcentaje de pacientes que habían dejado de cumplir criterios diagnósticos para TAG: 69% en el postratamiento y 78%, tanto a los 6 meses como a los

12 meses. Los porcentajes de pacientes mejorados, recuperados y remitidos pueden consultarse en la Tabla 16.

Loerinc et al. (2015) hallaron un porcentaje de pacientes con TAG mejorados, con elevado estado final de funcionamiento o recuperados en el postratamiento de 47% y en el seguimiento de 47,7%.

Revisados diferentes MA con resultados sobre la eficacia de la TCC para el TAG observamos que son muy positivos. Los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,80-2,48. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 40% y el 82%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron entre el 46% y el 52% y el rango de los que dejaron de cumplir criterios diagnósticos estuvo entre el 50% y el 69%.

Tabla 15. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TAG

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Westen y Morrison (2001) MA 5 Estudios	Medidas principales de TAG TE: <i>d</i> de Cohen	TCC	5	2,09 (DT=0,76)								
Borkovec y Ruscio (2001) TAG (depresión comórbida) MA con 13 ECA	Medidas ansiedad: HAM-A y STAI-T Medidas depresión: HAM-D y BDI. TE: <i>d</i> de Cohen	Medidas ansiedad post: TCC TCo. y TC Placebo o terapia alternativa Lista de espera/no tratamiento Medidas depresión post: TCC TCo. y TC Placebo o terapia alternativa Lista de espera/no tratamiento		2,48 1,72 2,09 0,01 1,14 1,02 0,78 0,14		1,09 (DT=1,22)				0,71 (DT=0,86) 0,30 (DT=0,41)		0,26 (DT=0,39) vs TC o TCo solas 0,54 (DT=0,59)
Norton y Price (2007) MA con 17 ECA	Medidas principales del trastorno y medidas de ansiedad general TE: <i>g</i> de Hedges	Total TC Relajación + TC Relajación + Exposición TC + Exposición Relajación + TC + Exposición		1,80 (Sin I.C.) 2,06 2,08 1,72 2,02 1,54								
NICE (2011)	Medidas principales de TAG, de depresión y de calidad de vida TE: DMT y entre paréntesis diferencias de cambio de medias tipificadas (DCDMT).	TCC Preocupación Ansiedad autoinformada Ansiedad según clínico Depresión autoinformada Depresión según clínico Calidad de vida Relajación aplicada Preocupación Ansiedad autoinformada Ansiedad según clínico Depresión autoinformada Depresión según clínico Calidad de vida			12 3					1,13 0,63 1,09 0,81 0,74 1,59 (NS)* 0,70 0,49 1,00 0,54 0,47 --		
Hanrahan et al. (2013)		TCC						1,81				0,45vs intervenciones no directivas
Cuijpers, Sijbrandij et al. (2014) MA TAG (depresión comórbida)MA con 4 estudios N = 3132 pacientes	Ansiedad Depresión TE: <i>g</i> de Hedges	TCC Medidas valoración clientes Medidas valoración terapeutas TCC								0,84 (0,71-0,97) 0,78 (0,66-0,90) 1,09 (0,88-1,30) 0,71 (0,59-0,82)		

Tabla 15. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TAG (continuación)

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Bados (2015c)		TCC Dugas			4							
		Preocupación				0,98 (1,39)						
		Ansiedad autoinformada				0,55 (0,76)						
		Ansiedad según clínico				--						
		Depresión autoinformada				0,59 (0,75)						
		Depresión según clínico				--						
		Calidad de vida				0,73 (0,78)						
		T. Metacognitiva Wells			1							
		Preocupación				1,07 (2,36)						
		Ansiedad autoinformada				0,49 (1,37)						
		Ansiedad según clínico				--						
		Depresión autoinformada				0,44 (1,03)						
		Depresión según clínico				--						
		Calidad de vida				--						
		TCC Barlow			1							
		Preocupación				1,87 (1,63)						
		Ansiedad autoinformada				0,37 (0,83)						
		Ansiedad según clínico				--						
		Depresión autoinformada				1,13 (0,92)						
		Depresión según clínico				--						
		Calidad de vida				--						
Bandelow et al. (2015)	Medidas principales	TCC/Exposición individual	20	1,81 (1,47-2,15)								
MA Psicoterapia: 22 ECA	de cada tr. de	TCC/Exposición grupal	1	1,63 (0,97-2,28)								
y 1467 clientes	ansiedad	Minfulness	1	1,16 (0,73-1,60)								
Farmacol. + Psicol:		Relajación	9	1,34 (1,00-1,68)								
4 ECA y 203 clientes	TE: d de Cohen	Tto. farmac.+ psicológico	2	6,04 (3,71-8,37)								
Cuijpers, Cristea, Karyotaki et al. (2016)	Medidas principales de TAG	TCC			24	0,85 (0,72-0,99)	31	0,80 (0,67-0,93)	3	1,32 (0,83-1,81) F		
MA 24 ECA	TE: g de Hedges	Estudios de alta calidad			8	0,88 (0,67-1,10)	9	0,82 (0,60-1,04)	4	0,45 (0,26-0,64) TH		
TAG		Ajustados sesgo publicación					4	0,45 (0,08-0,83) TH	42	0,59 (0,44-0,75)		
Cuijpers, Cristea, Weitz et al. (2016)	Medidas de depresión (BDI, BDI-II y HAMD-17) TE: g de Hedges	TCC	21	0,87 (0,76-0,98)								
MA 16 ECA												
Cuijpers, Gentili et al. (2016)	Medidas generales	TCC BAI	9	0,80 (0,53-1,06)	9	0,73 (0,48-0,98)						
MA 20 ECA	Medidas principales: PSWQ	HAMA	11	1,34 (0,99-1,69)	11	0,98 (0,70-1,26)						
		STAI-S	5	0,95 (0,65-1,25)	5	0,55 (0,28-0,81)						
		STAI-T	16	0,67 (0,50-0,85)	16	0,50 (0,37-0,64)						
	TE: g de Hedges	Medidas específicas			22	0,64 (0,49-0,78)						
		PSWQ			13	0,73 (0,47-0,99)						

K, número de comparaciones; Sin I.C.: el estudio no reporta los Intervalos de Confianza; Placebo P: psicológico y F, farmacológico;

Tabla 16. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TAG

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Westen y Morrison (2001) MA 5 ECA	Los investigadores tomaron las definiciones establecidas por los estudios analizados.	Completaron el tto ITT	52,1% (DT=21,8) N=5 43,5% (DT=19,1) N=5		
NICE (2011)	Mejora: conseguir un 20% o más mejora en el menos el 75% de las medidas	TCC Lista de espera	40% 5%		50% 15%
Hanrahan et al. (2013)	Recuperación: lograr puntuaciones en el PSWQ ≥ 7 , punto de corte ≤ 47 para la población funcional.	TCC		46% N=17	
Bados (2015c) Revisión	Mejora: cambio estadísticamente fiable en el STAI-T y en el PSWQ Recuperación: lograr un cambio estadísticamente fiable y una mayor probabilidad de pertenecer a la población funcional que a la disfuncional en las medidas de interés (STAI T y PSWQ) en los pacientes que habían completado el tratamiento	TCC (TC, TCC, TCC de Dugas, terapia metacognitiva)	STAI-T (N=11) 71% (61-83%) post 73% (66-87%) 6 meses PSWQ (N=4) 82% (81-83%) Post 85% (70-91%) 6 meses	STAI-T (N=15) 48% (33-65%) post 55% (43-72%) 6 meses 49% (37-67%) 12 meses PSWQ (N=9) 52% (37-68%) Post 57% (33-74%) 6 meses	Post: 69% (58-92%) N=15 6 meses: 78% (68-93%) N=15 12 meses: 78% (67-90%) N=15

2.2.1.5 EFICACIA PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Tamaños del efecto respecto pre-post

En el MA de Olivares et al. (1999) el TE pre-post para el TEPT fue 1,25 calculado a partir de 3 estudios. En relación a las técnicas empleadas para tratar este problema los TE fueron 1,25 (relajación) y 2,67 (DS + cognitivas) (véase Tabla 17).

El MA de Bradley et al. (2005) incluyó un total de 26 estudios con 44 condiciones de tratamiento, publicados entre 1980 y 2003, sobre la eficacia de la psicoterapia para el TEPT. El TE fue calculado, siempre que se dispuso de los datos suficientes, con la *d* de Cohen (diferencia de medias pre-postratamiento dividida por la suma de las DT pre-postratamiento al cuadrado y todo lo anterior dividido entre 2). El TE pre-post para la TCC fue 1,65; para la Exposición fue 1,57 y para todos los tratamientos psicológicos fue 1,43. Otros resultados del MA pueden consultarse en la Tabla 17.

Norton y Price (2007) hallaron, a partir del análisis de 23 ECA y 58 comparaciones, un TE pre-post para el tratamiento del TEPT de 1,86. Los resultados detallados de los diferentes tratamientos analizados pueden verse en la Tabla 17.

Barrera et al. (2013) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura publicada hasta Abril del 2012 (desde el primer artículo que se hallara publicado) sobre la TCC grupal para el TEPT para comparar los protocolos que incorporan la expresión de los detalles del trauma en las sesiones de exposición grupal frente a los protocolos que no incluyen este tipo de exposiciones. El MA incluyó un total de 12 ECA con 651 clientes. El TE pre-post global para la TCC grupal fue 1,13 sin hallarse diferencias entre los dos protocolos mencionados en el objetivo del estudio. Los autores concluyeron que este tipo de intervención se mostró tan efectiva como la TCC individual y que los resultados se mantuvieron en el seguimiento (TE=0,12; IC: 0,00-0,25).

Erford et al. (2016) llevaron a cabo un MA con 152 ECA sobre TEPT publicados entre 1990 y 2012 para estudiar si la psicoterapia era efectiva y sus efectos eran duraderos para el tratamiento del TEPT. A su vez quisieron estudiar si las terapias centradas en el trauma y las no centradas mostraban diferencias. Los datos pre-post en el postratamiento, para las manifestaciones sintomatológicas de TEPT fueron los siguientes: reexperimentación (0,70), evitación (0,68), hiperactivación (0,75), sintomatología global del TEPT (0,80). En el seguimiento los TE pre-post fueron: reexperimentación (0,71), evitación (0,66), hiperactivación (0,71), sintomatología global del TEPT (0,86).

Tamaños del efecto respecto a grupos control

En el MA de Bradley et al. (2005), de los 26 estudios incluidos, 23 presentaban grupos control (15 con control de lista de espera y 8 con control de terapia de apoyo). La TCC en comparación a la lista de espera obtuvo un TE de 1,26 y en comparación a grupos control (tratamiento de apoyo) el TE fue 1,01.

Bisson et al. (2007) realizaron un MA con 38 ECA para poder determinar la eficacia de algunas intervenciones psicológicas para el TEPT. El TE de la TCC centrada en el trauma en comparación al grupo control (lista de espera y TH) fue 1,40 en medidas reportadas por el clínico y 1,70 en medidas autoinformadas. Comparando la TCC centrada en el trauma y la DMRO se observó que fueron equivalentes en eficacia.

Powers et al. (2010) revisaron dos décadas de investigación sobre la terapia de exposición prolongada para el tratamiento del TEPT mediante un MA de 13 ECA. Los TE (calculados con la g de Hedges) para la exposición prolongada vs controles (lista de espera, placebo psicológico) fueron para las medidas primarias de resultados (1,08) y para las medidas secundarias (0,77). En el seguimiento los TE conseguidos por las medidas primarias y secundarias fueron grande (0,68) y mediano (0,41) respectivamente. Al comparar la exposición prolongada con la lista de espera el TE fue 1,51, y al compararla con el placebo el TE fue 0,65. Otros TE derivados del estudio pueden consultarse en la Tabla 17. Concluyeron que en promedio los clientes con TEPT que fueron tratados con exposición prolongada mejoraron más que el 86% de los clientes de las condiciones control.

Bisson et al. (2013) en su MA con 70 ECA y 4761 clientes, compararon diversas intervenciones psicológicas a condiciones control (lista de espera/TH). En el caso de la TCC/exposición para el TEPT los TE que se obtuvieron para diferentes medidas fueron: 1,62 para la gravedad del TEPT medida por el clínico; 1,57 para la gravedad del TEPT auto-reportada por los clientes; 1,28 para medidas de depresión y 0,81 para medidas de ansiedad. Los TE para la TCC no centrada en el trauma fueron: 1,22 para la gravedad del TEPT medida por el clínico; 0,86 para la gravedad del TEPT auto-reportada por los clientes; 0,93 para medidas de depresión y 0,83 para medidas de ansiedad.

Watts et al. (2013) investigaron la eficacia de distintas intervenciones psicológicas para el TEPT a partir de 112 estudios con 137 comparaciones de tratamiento, publicados entre 1980 y 2012. La eficacia fue calculada a partir del tamaño del efecto con la d de Cohen y en algunos casos aplicando la corrección (g de Hedges). El TE de la terapia psicológica en conjunto (TCC, DMRO, Terapia psicodinámica, hipnoterapia, terapia de auto-ayuda, *biofeedback*, terapia de "resilience" y terapia de grupo) respecto a la lista de espera fue (1,26), mayor que respecto a otros tratamientos activos (0,92). Los datos detallados de eficacia pueden consultarse en la Tabla 17. Los investigadores concluyeron que las diferencias en los TE no son atribuibles al tipo de tratamiento dado que hay diferencias en otras variables en los estudios que podrían afectar a los TE.

Gerger et al. (2014) llevaron a cabo un MA con 18 ECA con intervenciones psicológicas para el TEPT (clínico y subclínico). Quisieron comparar las intervenciones específicas (principalmente TCo y TCC) con las no específicas (terapia de apoyo, relajación, terapia centrada en el presente). Los resultados mostraron que las intervenciones específicas fueron superiores a las no específicas aunque la

complejidad de los problemas presentados por los clientes provocaron que la diferencia entre las intervenciones presentara: un TE alto (0,87) ante problemas no complejos y bajo y no significativo (0,23) ante problemas complejos (presencia de TEPT, duración de síntomas superior a 6 meses, presencia de comorbilidad o múltiples problemas, existencia de trauma en la infancia, múltiple o intencional).

En el MA de Cusack et al. (2016), el tamaño del efecto (TE) para los síntomas del TEPT respecto a la lista de espera fue: Terapia de Procesamientos Cognitivo (DMT= 1,40), Terapia Cognitiva (DMT= 1,33), Terapia Cognitiva combinada (DMT= 1,36), Exposición-TCC (DMT= 1,27), TCC (DMT= 1,09), DRMO (DMT= 1,08) y Terapia de exposición narrativa (DMT= 1,25). Para las medidas de depresión los TE también fueron altos (el resumen de los datos del estudio puede consultarse en la Tabla 17). Los autores concluyen que la exposición sería el tratamiento de elección dado que se mostró eficaz y cuenta con los estudios empíricos más sólidos, aunque en la decisión de la elección del tratamiento deberían tenerse en cuenta otras variables como las preferencias de los clientes, el acceso al tratamiento y el juicio clínico sobre la adecuación de una intervención.

En el MA de Erford et al. (2016) los datos de eficacia (TE) de las intervenciones psicológicas en el postratamiento en comparación a la lista de espera oscilaron entre 0,76 y 1,01 para las manifestaciones sintomatológicas del TEPT; en comparación al placebo entre 0,15 y 0,37 y en comparación al tratamiento habitual entre 0,23 y 0,65. Los datos concretos pueden consultarse en la Tabla 17.

TEPT significación clínica:

Los datos en relación a los pacientes mejorados y remitidos hallados en el MA de Bradley et al. (2005) mostraron que algo más de la mitad de los clientes que terminan el tratamiento (54,33%) habían mejorado respecto al TEPT, y un 44% de los clientes que habían empezado el tratamiento. En relación a los clientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos de TEPT fueron un 67,4% de los que finalizaron el tratamiento y un 56% de los que lo empezaron. Los datos concretos obtenidos en la investigación pueden consultarse en la Tabla 18.

Cusack et al. (2016) llegaron a la conclusión de que había entre un 44% y un 66% más de pacientes remitidos con los tratamientos eficaces (exposición, DRMO, TC, TPC) que con lista de espera. Los resultados parecen ser mejores si el tratamiento se aplica pronto tras el surgimiento del TEPT. En la Tabla 18 pueden consultarse los datos para los clientes remitidos.

Según Loerinc et al. (2015) el porcentaje de pacientes tratados por TEPT mejorados, con elevado estado final de funcionamiento o recuperados fue del 59% en el postratamiento y alcanzó el 62,6% en el seguimiento.

Revisados diferentes MA con resultados sobre la eficacia de la TCC para el TEPT observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,80-1,86, siendo una eficacia alta. En

concreto se deriva de los MA anteriores que la TCo, la TCC centrada en el trauma (exposición prolongada, terapia de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva) y la DRMO se han mostrado claramente eficaces y no parece haber diferencias entre ellos (Barrera et al. 2013; Bisson et al., 2007; Bisson y Andrew, 2009; Bradley et al. 2005; Cusack et al. 2016; Erford et al. 2016; Powers et al., 2010; Watts et al., 2013).

En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados con la TCC oscilaron entre el 37,6% (en muestras que iniciaron el tratamiento) y el 47,4% (completaron el tratamiento). Respecto a los pacientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos, los porcentajes oscilaron entre el 26% (TCC mixta) y el 66% (TCC centrada en la Exposición).

Tabla 17. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TEPT

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Olivares et al. (1999) MA 3 estudios	Autoinformes	TCo	3	1,87 (1,18-2,55)								
	Autorregistro	Relajación	1	1,25 (Sin I.C.)								
	Registro de observación Registros psicofisiológicos	DS + Cognitivas	2	2,67(Sin I.C.)								
	TE: <i>d</i> de Cohen											
Bradley et al (2005) MA 26 ECA	Medidas principales del TEPT y depresión	Todos los tratamientos activos	44	1,43 (1,23-1,64)	23	1,11 (0,76-1,47)	14	0,83 (0,53-1,12)				
	autoadministradas	Exposición	13	1,57 (1,11-2,04)	7	1,26 (0,45-2,08)	4	0,84 (0,10-1,57)				
		TCC	5	1,65 (0,96-2,35)	3	1,26 (0,10-2,42)	2	1,01 (-1,70-3,73)				
		Exposición + TC	9	1,66 (1,18-2,14)	3	1,53 (0,58-2,47)	3	0,99 (-0,91-2,91)				
	TE: <i>d</i> de Cohen	DRMO	10	1,43 (1,02-1,83)	4	1,25 (-0,97-3,48)	4	0,75 (-0,16-1,65)				
		Lista de espera Terapia de Apoyo	15 8	0,35 (0,19-0,51) 0,59 (0,30-0,88)	8	-0,01 (-2,6-2,59)		Condiciones control*				
Bisson et al. (2007) MA 38 ECA	Reportados por el terapeuta	TCC focalizada en trauma					14	1,40 (0,91-1,89)**			6	0,02 (-0,5-0,55)
		DMRO					15	1,51 (1,15-1,87)**				DMRO
	Autoinformados	TCC focalizada en trauma					9	1,70 (1,24-2,17)**				
		DMRO					5	1,13 (0,13-2,13)**				
	TE: <i>d</i> de Cohen											
Norton y Price (2007) MA 23 ECA	Medidas principales reportadas por los clientes	Todos los tratamientos		1,86 (sin I.C.)								
	TE: <i>d</i> de Cohen corregida con la <i>g</i> de Hedges	TC	3	2,23 (sin I.C.)								
		Exposición	9	2,03 (sin I.C.)								
		Relajación + exposición	5	2,04 (sin I.C.)								
		TC + exposición	3	1,74 (sin I.C.)								
		Relajación + TC + Exposición	13	1,63 (sin I.C.)								
Powers et al. (2010) MA 13 ECA y 675 clientes	Medidas primarias y secundarias del trastorno	Post: Exp. prolongada medidas primarias			13	1,51 (1,12-1,90)	13	1,08 (0,69-1,46)	13	0,65 (0,29-1,01) P	6	-0,07 (-0,42-0,28)***
	TE: <i>d</i> de Cohen y <i>g</i> de Hedges	Exp. prolongada medidas secundarias					13	0,77 (0,53-1,01)				
Bisson et al. (2013) MA 70 ECA y 4761 clientes	Severidad (clínico)	TCC / Exposición					28	1,62 (1,21-2,03)				
	Severidad (autoinforme)						16	1,57 (1,14-2,01)				
	Depresión						28	1,28 (0,94-1,62)				
	Ansiedad						17	0,81 (0,59-1,03)				
Barrera et al. (2013) MA 12 ECA y 651 clientes	Medidas específicas del TEPT (CAPS en la mayoría de los ECA).	TCC grupal total	12	1,13 (0,69-1,56)								
	TE: <i>g</i> de Hedges	TCC con exp centrada en trauma en sesión		1,16 (0,47-1,85)								
		TCC sin exp centrada en trauma en sesión		1,11 (0,55-1,66)								

Tabla 17. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TEPT (continuación)

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos	
Watts et al. (2013) MA 112 ECA	Medidas principales del TEPT TE: g de Hedges	Todos los tratamientos				1,26 (1,08-1,25)						0,92 (0,65-1,18)	
		TCC					54	1,26 (1,09-1,44)					
		TC:						10	1,63 (1,19-2,07)				
		TPC						3	1,69 (1,27-2,11)				
		Exposición:						27	1,08 (0,85-1,31)				
		Exposición prolongada						10	1,38 (0,90-1,86)				
		Exposición + TC						9	1,52 (1,08-1,95)				
		Terapia de exposición Narrativa						4	1,00 (0,49-1,51)				
		Exposición + Entren. en habilidades						3	1,21 (0,21-2,21)				
		Terapia de inoculación del estrés						2	1,37 (0,80-1,93)				
		DMRO					11	1,01 (0,42-1,62)					
Gerger et al. (2014) MA 64 ECA		TCo/TCC (específicas)									12	Vs no específicas: 0,23 (0,04-0,42)	
											6	Probl. Complejos 0,87 (0,53-1,20) Probl. No complejos	
Cusack et al. (2016) MA 64 ECA	Medidas principales del TEPT Medidas de depresión TE: d de Cohen	Síntomas de TEPT:											
		Terapia de procesamiento			4	1,40 (0,85-1,95)							
		Cognitiva			4	1,33 (0,67-1,99)							
		TC			9	1,36 (0,94-1,77)							
		TC combinada			7	1,27 (1,00-1,54)							
		TCC-Exposición			14	1,09 (0,78-1,04)							
		TCC-Mixta			3	1,25 (0,58-1,92)							
		Terapia de exposición narrativa											
		Síntomas depresivos:			3	0,91 (0,62-1,20)							
		TC			9	0,96 (0,69-1,23)							
		TC combinada											
Erford et al. (2016) MA 152 ECA y 11,655 clientes	Auto-administradas: Puntuaciones totales TEPT Reexperimentación Evitación Hiper-activación Puntuaciones totales TEPT Reexperimentación Evitación Hiper-activación TE: d de Cohen	Post						TH					
			86	0,80 (0,72-0,88)	69	0,89 (0,76-1,02)	35	0,61 (0,41-0,81)	6	0,30 (0,12-0,48)			
			43	0,70 (0,59-0,81)	29	0,94 (0,69-1,19)	15	0,55 (0,34-0,76)	3	0,38 (-0,13-0,89)			
			43	0,68 (0,57-0,79)	29	0,76 (0,57-0,95)	15	0,65 (0,45-0,85)	3	0,37 (-0,14-0,88)			
			29	0,75 (0,60-0,90)	17	1,01 (0,73-1,29)	4	0,23 (0,08-0,48)	4	0,15 (-0,36-0,66)			
		Seguimiento:											
			70	0,86 (0,75-0,97)	26	0,58 (0,47-0,69)	29	0,64 (0,45-0,83)	3	0,15 (-0,05-0,35)			
			37	0,71 (0,56-0,86)	12	0,55 (0,39-0,71)	12	0,29 (0,14-0,44)					
			37	0,66 (0,55-0,77)	12	0,57 (0,41-0,73)	12	0,80 (0,46-1,14)					
			22	0,71 (0,57-0,85)	9	0,37 (0,17-0,57)	3	0,14 (-0,05-0,33)					

K, número de comparaciones; *Condiciones control: Atención profesional: terapia orientada al proceso, Terapia de Apoyo y relajación/biofeedback; ** Lista de espera + TH; *** DMRO, Terapia de procesamiento cognitivo, TC, Inoculación del Estrés; **Sin I.C.**: el estudio no reporta los Intervalos de Confianza.

Tabla 18. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TEPT

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	N	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Bradley et al (2005)	<p>Mejorados: se utilizaron los criterios definidos por los autores de cada estudio. Los más habituales fueron: puntuaciones en la Escala de Síntomas del TEPT <20 o una disminución de por los menos 2 DT en las misma escala.</p> <p>Remitidos: pacientes que dejaron de cumplir los criterios diagnósticos del TEPT en el postratamiento</p>	ITT				
		Todos los tratamientos activos	30	44% (37-51%)	29	56% (50-61%)
		Exposición	10	41,5% (30-53%)	8	52,6% (45,5-59,7%)
		TCC	5	37,6% (22,5-53%)	4	46% (28-64%)
		Exposición + TC	8	44% (30,5-57%)	7	54% (46-61,5%)
		DRMO	5	52% (14-90%)	7	60% (40-80%)
		Lista de espera	7	10,3% (11-20%)	8	14% (-1,11-29,6%)
		Terapia de Apoyo	5	23,4% (2,6-44%)	7	36% (17-54,5%)
		Completan el tratamiento:				
		Todos los tratamientos activos	30	54,3% (48-61%)	29	67% (61,6-73%)
		Exposición	10	52,6% (42-63%)	8	68% (57-79%)
		TCC	5	47,4% (26-68%)	4	56% (34-79%)
		Exposición + TC	8	56,1% (41-71%)	7	70% (59-81%)
		DRMO	5	60,4% (27-94%)	7	65% (47-83%)
Lista de espera	7	12,4% (-0,12-25%)	8	16,3% (-0,39-33%)		
Terapia de Apoyo	5	26,2% (4-48,5%)	7	39,2% (21-57%)		
Cusack et al. (2016)	<p>Remitidos: porcentaje que dejan de cumplir criterios diagnósticos de TEPT por encima de los hallados en la condición de lista de espera.</p>	Pérdida del diagnóstico:				
		Terapia de procesamiento Cognitiva			4	44% (26-62%)
		TC			4	56% (32-79%)
		TC combinada			9	50% (36-64%)
		TCC-Exposición			7	66% (42-91%)
		TCC-Mixta			6	26% (11-41%)
Terapia de exposición narrativa			3	15% (0,1-3%)		

2.2.1.6 EFICACIA TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

Tamaños del efecto pre-post

Ruhmland y Margraf (2001) estudiaron la eficacia de tratamientos (TCC, TC y terapia de exposición) para el TOC mediante un MA en el que incluyeron 23 estudios publicados entre 1974 y 1997. Hallaron un TE pre-post grande para la TCC (1,84) y la EPR (1,44) en síntomas obsesivos, resultados que se mantuvieron en los seguimientos a dos años. La eficacia de la terapia de Exposición fue algo menor que el resto de tratamientos pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. En la Tabla 19 pueden consultarse los TE concretos para cada uno de los tratamientos estudiados en el postratamiento y en los seguimientos hasta dos años. Los resultados se mantuvieron en el seguimiento a los dos años.

Sánchez-Meca et al. (2003) incluyeron 43 estudios publicados entre 1980 y 2001 en su MA para analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento del TOC. Se calcularon los TE como la diferencia media tipificada entre las medias del pre y del postratamiento, dividida por la DT del pretratamiento. El TE medio global (con los auto-informes más el reporte del clínico y calculados con la d de Cohen) para los grupos que recibieron tratamiento fue 1,44 para la reducción de las obsesiones/compulsiones (O-C). Los tipos de tratamientos fueron: EPR sola (21 estudios), RC sola (5 estudios), otras técnicas psicológicas (1 estudio), EPR combinada con otras técnicas (11 estudios) y RC combinada con psicofármacos (1 estudio). Los resultados de la eficacia global según el constructo psicológico medido y el modo de registro pueden observarse en la Tabla 19.

Eddy et al. (2004) llevaron a cabo dos MA con estudios comprendidos entre los años 1980 y 2001 para analizar la eficacia de los tratamientos que se aplican en el TOC. El primer MA con 15 ECA fue sobre tratamientos psicológicos (y es en el que nos vamos a basar en este estudio) y el segundo fue sobre los tratamientos farmacológicos. Las condiciones de tratamiento que se incluyeron fueron las siguientes: 18 EPR, 5 TCC y 5 TC. Los TE pre-post calculados con la d de Cohen (entendida como la diferencia de medias del grupo 1 y 2 divididas por el sumatorio de las DT del grupo 1 y 2 divididas entre 2) para la EPR, la TC y la TCC fueron 1,53 ($K=16$); 1,54 ($K=5$); 1,39 ($K=4$) respectivamente. Algunas de las conclusiones que sacaron del presente estudio en relación a los tratamientos psicológicos fueron, por una parte, que la psicoterapia que utiliza técnicas conductuales solas o sumadas a técnicas cognitivas es más eficaz que la que utiliza solo técnicas cognitivas. Por otro lado, que los tratamientos combinados se mostraron prometedores y que no quedaban clara las directrices en relación al tratamiento de pacientes que presentan mucha comorbilidad.

En el MA de Norton y Price (2007) se analizaron 14 estudios de clientes con TOC y se realizaron 38 comparaciones. El TE medio fue de 1,16 en medidas de síntomas del TOC y de ansiedad general. Para las mismas medidas, en este caso en relación a la EPR el TE obtenido fue 1,39. El resto de resultados pueden consultarse en la Tabla 19.

Öst et al. (2015) llevaron a cabo un MA con 37 estudios publicados entre los años 1993 y 2014 sobre la eficacia de diferentes intervenciones cognitivo-conductuales para el TOC. La EPR se mostró muy eficaz para la reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva medida a través de la Y-BOCS del pre al postratamiento ($g = 2,06$), al igual que la TC ($g = 2,21$). El TE de la combinación de EPR y TC también fue grande ($g=1,90$) en síntomas O-C autoinformados.

Tamaños del efecto respecto a grupos control

Abramowitz, Franklin y Foa (2002) realizaron un MA con 16 ECA sobre la eficacia de la EPR individual asistida por el terapeuta, la TC y la combinación de ambas. Los TE para los síntomas obsesivo-compulsivos de los tratamientos psicológicos en comparación a grupos control (placebo, lista de espera) fueron: 1,50 para la EPR; 1,19 para la TC y 0,99 para la TCC. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la exposición asistida por el terapeuta funcionó mejor que la autoexposición sola. La TC, cuando incluía experimentos conductuales, se igualó a la EPR en términos de eficacia. La TCC parece igual de eficaz que la EPR y la TC.

En el MA de Eddy et al. (2004), cinco de los quince ECA incluían lista de espera o grupo control (relajación muscular progresiva, entrenamiento en manejo de la ansiedad). El TE para los síntomas obsesivo-compulsivos de la EPR en comparación al grupo control fue 1,16.

Gava et al. (2007) llevaron a cabo un MA con 7 estudios (10 comparaciones) que comparaban las TCs o TCo frente a grupos control de TH. Los TE de las psicoterapias estudiadas (cualquier variante de TCC) comparadas con el TH a partir de 5 ECA fueron: 1,24 para los síntomas obsesivo-compulsivos (O-C) y 0,52 para ansiedad. La TCC en comparación al TH obtuvo un TE de 7,73 (5,55-9,92) en síntomas O-C (con 5 ECA) y 0,38 en síntomas de ansiedad (con 4 ECA). Los investigadores observaron que en pacientes con sintomatologías más grave el TE fue menor. La TC en comparación al TH obtuvo un TE de 1,21 (0,25-2,66) en síntomas O-C (con 2 ECA) y 7,70 en síntomas de ansiedad (con 4 ECA). La TCo comparada con el TH obtuvo un TE de 11,73 (con 3 ECA) y 0,78 (con 2 ECA) para síntomas de ansiedad (véase Tabla 19). El presente MA aporta unos datos que no parecen muy representativos dado que distan mucho de los obtenidos en el resto de trabajos de investigación.

Hofmann y Smits (2008) realizaron un MA para analizar la eficacia de la TCC aplicada al tratamiento de diferentes trastornos de ansiedad. Partieron de una selección de 27 ECA publicados hasta marzo del 2007. A partir de 3 ECA sobre el TOC hallaron que el TE de la TCC en comparación al placebo fue $g=1,37$ en medidas principales del TOC y $g=0,34$ en depresión.

Rosa-Alcázar et al. (2008) llevaron a cabo un MA con 19 ECA (publicados entre el 1980 y el 2006) para analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento del TOC en adultos. El TE global (combinando todas las medidas de resultados y todos los tipos de informes) entre el grupo de

tratamiento y el grupo control (placebo, lista de espera) fue 0,92 por lo que los tratamientos psicológicos se mostraron eficaces para el TOC. Las medidas de las comparaciones entre el tratamiento con EPR y TC frente a los grupos control (lista de espera, placebo) pueden verse en la Tabla 19. Los investigadores concluyeron que el tratamiento psicológico para el TOC (especialmente la EPR y la RC) era eficaz y conseguía reducir tanto la sintomatología propia del TOC (obsesiones y compulsiones) como otros síntomas de ansiedad general, de depresión y de ajuste social. La reducción más importante se observó en las medidas específicas del TOC. Los TE en función de la medida de resultado y el tipo de instrumento de medición fueron: para síntomas O-C (1,08), para otras medidas (0,84), para ajuste social (0,76), para ansiedad general (0,67) y para depresión (0,58).

El MA de Olatunji et al. (2013) tenía el objetivo de examinar la eficacia de la TCC en el tratamiento del TOC. Se clasificaron como TCC aquellos tratamientos que incluyeron técnicas cognitivas, conductuales, de aceptación/*mindfulness* o la combinación de las técnicas anteriores. En la condición de control de placebo se incluyeron intervenciones como el entrenamiento en manejo del estrés, la relajación, el manejo de la ansiedad y el placebo farmacológico. Los resultados de los TE (Tabla 19) avalan la eficacia de la TCC para tratar el TOC.

En el MA de Öst et al. (2015) a través de 15 estudios hallaron un TE de la TCC en comparación a la lista de espera de 1,31 en la Y-BOCS, 1,19 en ansiedad y 0,60 en depresión. En comparación al placebo psicológico, la TCC se mostró muy eficaz ($g= 1,33$ en síntomas OC; $g=1,29$ en ansiedad). Comparando la TCC con otros tratamientos activos comprobaron que fue siempre superior a la terapia farmacológica ($g=0,55$) y que la combinación de TCC o EPR con fármacos antidepresivos mostró mayor eficacia que los fármacos solos. Otras conclusiones que se derivaron del estudio fueron que la TC se mostró igual de eficaz que la EPR y que no se hallaron diferencias entre la TCC individual y grupal según seis comparaciones directas (DMT = 0,17).

Skapinakis et al. (2016b) llevaron a cabo un MA con 54 ECA (6652 participantes) publicados hasta mediados de Febrero de 2016 en los registros del Cochrane. Se seleccionaron los ECA en los que se utilizaban tratamientos activos para el TOC en adultos (psicológico o farmacológico). Comprobaron que con medidas de la YBOC-S la EPR, la TC y la TCC fueron superiores al placebo farmacológico. La TC y la EPR se mostraron igual de eficaces. En comparación al tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico (EPR, TCC y TC) se mostró superior, aunque en el 80% de los estudios los pacientes tomaban antidepresivos.

TOC significación clínica:

El porcentaje de pacientes que se consideraron recuperados con EPR individual asistida por el terapeuta, a partir de 3 estudios, fue 48,32% (Abramowitz et al., 2002).

Los datos que obtuvieron Eddy et al. (2004) en relación a las tasas de pacientes mejorados y recuperados se basaron en cinco estudios con rigor metodológico. El porcentaje de pacientes **mejorados** fue un 68,8% (EPR) y un 56,6% (TC) entre los que completaron el tratamiento y un 61,7% (EPR) y un 51,6% (TC) entre los que lo iniciaron. El porcentaje de pacientes **recuperados** (obtenido a partir de tres estudios metodológicamente rigurosos) fue un 38,2% (EPR) y un 49,8% (TC) entre los que completaron el tratamiento y un 31,1% (EPR) y un 41,9% (TC) entre los que lo iniciaron.

Fisher y Wells (2005) estudiaron la significación clínica de las intervenciones basadas en EPR y TC llevadas a cabo en 5 ECA sobre TOC, que incluían a casi 300 pacientes. Observaron que los porcentajes de mejora oscilaban entre el 64% y el 75% y los de recuperación (puntuación por debajo de 14 en la escala Y-BOCS) entre el 53% y el 61%. Los pacientes que se mostraron asintomáticos (puntuaciones por debajo de 7 en la escala Y-BOCS) fueron 25% (EPR) y 21% (TC).

En el MA de Öst et al. (2015) con 13 estudios, los pacientes que habían **mejorado** al tratarse con **EPR** fueron un 65% ($K=15$), mostraron una reducción de los síntomas (más las compulsiones que las obsesiones) de un 49%, valorados con la escala Y-BOCS y hubo un 50% de pacientes **recuperados** ($K=13$), frente al 12% ($K=3$) con placebo. Con **TC** mejoraron un 67,7% ($K=5$), redujeron las puntuaciones en la Y-BOCS un 51% y se recuperaron un 51,6% ($K=13$). Con **TCC** (EPR+TC) mejoraron un 62,4% ($K=13$) y se recuperaron un 43,4% ($K=13$). En el mismo MA observaron una disminución de los síntomas obsesivo-compulsivos de entre el 40% y el 75% en medidas como el Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley y la Lista de Verificación de Actividades Compulsivas. En la Y-BOCS la disminución fue del 49%.

Según Loerinc et al. (2015), el porcentaje de pacientes mejorados, con elevado estado final de funcionamiento o recuperados fue del 43,3% en el postratamiento y del 35,6% en el seguimiento.

Algunas **conclusiones** que pueden extraerse del análisis de los estudios anteriores son:

- La TC parece equivalente en eficacia a la EPR en el tratamiento del TOC (Norton y Price, 2007; Rosa-Alcázar et al., 2008; Sánchez-Meca et al., 2003).
- Parece que es mejor la combinación de exposición en vivo y exposición en imaginación en lugar de aplicar la exposición en vivo sola en síntomas obsesivo-compulsivos (Sánchez, Gómez y Méndez, 2003) y en depresión (Rosa-Alcázar et al., 2008). La exposición en vivo presentó mejores resultados que la exposición en imaginación en las medidas de los síntomas obsesivo-compulsivos (Sánchez, Gómez y Méndez, 2003).

Revisados diferentes MA con resultados sobre la eficacia de la TCC para el TOC observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,92-2,80, correspondiente a una magnitud alta. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 45% y el 75%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron entre el 31,1% y el 61%.

Tabla 19. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TOC

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) ó Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos		
Ruhmland y Margraf (2001) MA con 32 ECA	Medidas principales TOC, depresión, ansiedad, discapacidad TE: <i>g</i> de Hedges	POST												
		TCC		DT										
		Síntomas principales	11	1,84 (1,15)										
		Otros miedos/ansiedad	7	1,61 (0,82)										
		Depresión	10	1,21 (0,86)										
		Discapacidad	6	1,08 (0,33)										
		Terapia Cognitiva												
		Síntomas principales	2	1,78 (0,46)										
		Depresión	2	0,71 (0,26)										
		Exposición												
		Síntomas principales	18	1,44 (0,59)										
		Otros miedos/ansiedad	9	0,67 (0,43)										
		Depresión	14	0,69 (0,28)										
		Discapacidad	5	1,42 (0,50)										
		SEGUIMIENTO 6 meses												
		TCC												
		Síntomas principales	8	1,70 (0,75)										
		Otros miedos/ansiedad	7	2,29 (2,13)										
		Depresión	8	1,39 (0,73)										
		Discapacidad	6	1,45 (0,40)										
		Exposición.												
		Síntomas principales	8	1,35 (0,48)										
		Otros miedos/ansiedad	4	0,37 (0,52)										
		Depresión	6	0,87 (0,40)										
		Discapacidad	2	2,07 (0,16)										
		SEGUIMIENTO 7-24 meses												
TCC														
Síntomas principales	4	5,41 (4,44)												
Otros miedos/ansiedad	3	2,06 (1,30)												
Depresión	3	2,56 (1,31)												
Discapacidad	3	2,40 (2,12)												
Exposición														
Síntomas principales	6	1,39 (0,38)												
Otros miedos/ansiedad	4	0,76 (0,30)												
Depresión	3	0,51 (0,22)												
Discapacidad	3	0,94 (0,30)												

Tabla 19. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TOC (continuación)

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) ó Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos	
Abramowitz, Franklin y Foa (2002) MA 16 ECA	Síntomas obsesivo- compulsivos	EPR						1,50 Sin I.C.					
		TC						1,19 Sin I.C					
		TCC						0,99 Sin I.C					
Sánchez- Meca et al. (2003) MA 43 estudios	Disminución síntomas O- C en medidas principales del problema. TE: <i>d</i> de Cohen ponderada	Disminución O-C											
		En general	39	1,44 (1,32-1,56)									
		Autoinformados	36	1,10 (0,99-1,20)									
		Por clínico	32	1,94 (1,77-2,10)									
		Exposición:											
		En general	20	1,26 (1,09-1,42)									
		Autoinformados	17	0,92 (0,76-1,08)									
		Por clínico	18	1,75 (1,53-1,98)									
		RC:											
		En general	5	1,52 (1,19-1,86)									
		Autoinformados	5	1,06 (0,67-1,46)									
Por clínico	5	2,00 (1,42-2,58)											
Exposición + RC:													
En general	2	1,75 (1,34-2,15)											
Autoinformados	2	1,44 (-0,90-3,79)											
Por clínico	1	2,80 (1,85-3,76)											
Eddy et al. (2004) MA 15 ECA	Síntomas O-C TE: <i>d</i> de Cohen	EPR	16	1,53 (0,87)*			2	1,16 (1,31)*					
		TC	5	1,54 (0,54)*									
		TCC	4	1,39 (0,52)*									
		Psicoterapia	13	1,52 (0,66)*									
Gava et al. (2007) MA 7 ECA	Síntomas O-C Ansiedad Síntomas O-C Ansiedad Síntomas O-C Ansiedad TE: <i>g</i> de Hedges	Todos los ttos psicológicos						10	1,24 (0,87-1,61)TH				
								7	0,52 (0,11-0,92)TH				
		TCC						5	7,72 (5,55-9,92)TH				
								4	0,38 (0,21-0,97)TH				
		TC						2	1,21 (0,25-2,66)TH				
								1	7,70 (0,41-15,81)TH				
		TCo						3	11,73(8,95-14,52)TH				
						2	0,78 (0,40-1,97)TH						
Norton y Price (2007) MA 14 ECA	Medidas principales del trastorno y de ansiedad general TE: <i>d</i> de Cohen y corregida (<i>g</i> de Hedges)	TCC, TC y TCo							1,50 (Sin I.C.)				
		TC			7	1,16							
		Exposición			14	1,39							
		Relajación + Exposición			1	1,68							
		TC + Exposición			3	2,03							

Tabla 19. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TOC (continuación)

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) ó Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Hofmann y Smits (2008) MA 3 ECA	Medidas principales TOC TE: g de Hedges	TCC							3	1,37 (0,64-2,20)		
Rosa-Alcázar et al. (2008) MA 19 estudios y 752 clientes	Síntomas O-C Ansiedad general Síntomas depresión Ajuste social TE: g de Hedges	EPR sola RC sola EPR + RC					13 24 7 14 5 3 8	1,13 (0,80-1,45) 1,08 (0,84-1,30)* 0,91 (0,63-1,18)** 0,64 (0,29-0,98)** 0,78 (0,20-1,34)** 1,09 (0,42-1,76) 0,99 (0,55-1,43)				
Olatunji et al. (2013) MA con 16 ECA y 756 clientes	Síntomas O-C TE: g de Hedges	TCC TC EPR			12	1,67 (1,31-2,04)	16 3 12	1,39 (1,04-1,74) 1,84 (0,94-2,74) 1,35 (0,96-1,74)	7	0,92 (0,53-1,33) N=1F y 6P		
Öst et al. (2015) MA con 37 ECA	Y-BOCS O-C (autoinform.) Ansiedad Depresión TE: g de Hedges	TCC EPR TC	18	1,90 (1,52-2,28)	15 11 14 27 8	1,31 (1,08-1,55) 1,19 (0,97-1,41) 0,60 (0,42-0,78) 2,06 (1,77-2,36) 2,21 (1,59-2,83)			8 6	1,33 (0,91-1,76) 1,29 (0,76-1,81) (P)	37	0,09 (-0,05-0,22)***

K, número de comparaciones; Sin I.C.: no se reportan los Intervalos de Confianza; *Desviaciones Típicas; *Medidas combinadas: autoadministrada + clínico; **Medidas autoadministradas;

***Todos los tratamiento activos.

Tabla 20. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TOC

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Abramowitz et al. (2002)	Recuperación: cambio fiable y pertenencia a población no disfuncional en la Y-BOCS	EPR individual asistida por terapeuta		48,32%	
Eddy et al. (2004)	Se recogieron las definiciones utilizadas en cada uno de los estudios (en caso de que estos las presentaran).	EPR TC EPR TC	Completa tto: 68,8% 56,6% ITT: 61,7% 51,6%	Completa tto: 38,2% 49,8% ITT: 31,1% 41,9%	
Fisher y Wells (2005)	Mejora: Consecución de un cambio estadísticamente significativo Recuperación: clientes que puntúan 14 o menos en la escala Y-BOCS Asintomáticos: clientes con una puntuación por debajo de 7 en la escala Y-BOCS.	EPR TC EPR + TC	75% 64% 72%	61% (25% puntúan 7 o menos en Y-BOCS) 53% (21% 7 o menos en Y-BOCS) 59% (24% 7 o menos en Y-BOCS)	25% 21%
Öst et al. (2015)	Mejora: se recogieron 3 definiciones que se habían utilizado en los distintos estudios: - Reducción de entre el 25% y el 50% respecto a las puntuaciones del pre-tratamiento. - Índice de Cambio Fiable (de 5 a 10 puntos en la Y-BOCS) - Puntuaciones por debajo del punto de corte en la Y-BOCS (de ≤7 a ≤16)	EPR TC TCC Y-BOCS	65% (59,3-70,2%) Todas las medidas 45% ((Y-BOCS) 67,7% (52,0-80,2%) Todas las medidas 51% (Y-BOCS) 62% 49%	50% (44-56%) 12% Placebo 51% 43%	

2.2.1.7 EFICACIA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR LA SALUD (TAS)

El Trastorno de ansiedad por la Salud o hipocondría es un trastorno psicológico que en las últimas versiones del sistema de clasificación diagnóstica utilizado en las últimas décadas en la UTC-UB (DSM-IV y DSM-5) no queda recogido dentro de los trastornos de ansiedad, sin que se clasifica dentro de los trastornos somatoformes (DSM-IV) o de los trastornos por síntomas somáticos y trastornos relacionados (DSM-5). Sin embargo, tal como señalan Olatunji et al. (2009), los procesos cognitivos y conductuales subyacentes a la hipocondría son más consistentes con los trastornos de ansiedad. Los investigadores consideran que categorizar la hipocondría como un trastorno de ansiedad sería más consistente con las observaciones empíricas y clínicas sobre la naturaleza y el tratamiento de este trastorno. Coincidimos con esta apreciación y es por ello que hemos decidido añadir este trastorno en este punto del actual trabajo.

Tamaños del efecto respecto a grupos control

Olatunji et al. (2014) investigaron la eficacia de la TCC para el TAS (o para niveles elevados subclínicos del TAS analizando 13 estudios controlado aleatorizados con una muestra total de 1081 participantes. El TE de la TCC comparada con grupos control (placebo, TH, lista de espera) en el postratamiento con medidas primarias del TAS fue grande ($DMT = 0,95$) y bajo en el seguimiento ($DMT = 0,34$). Para medidas secundarias del TAS los TE hallados fueron moderados ($DMT = 0,56$ y $0,20$), igual que para medidas de depresión ($DMT = 0,64$ y $0,35$). Considerando conjuntamente ambos periodos de evaluación (post y seguimiento), la DMT de la TCC respecto a la lista de espera en medidas primarias de hipocondría fue grande ($1,10$) y significativamente mayor que la DMT de la TCC respecto al tratamiento habitual ($0,46$). En el presente estudio se observó el efecto dosis-respuesta: a más sesiones de TCC (12-17 vs 5-9) se consiguieron mayores TE.

Cooper et al (2017) investigaron la eficacia de la TCC en el trastorno de ansiedad por la salud y actualizaron los últimos hallazgos científicos, en un MA con 14 ECA (publicados hasta inicios de Julio de 2015) y 21 comparaciones, y una muestra de 1544 clientes. El TE de la TCC en relación a todas las condiciones de control juntas (lista de espera, TH, placebo farmacológico, terapia de apoyo, medicación, tratamiento activo) fue un $1,01$ y $0,76$ en relación al TH. En medidas de ansiedad y depresión las mismas comparaciones ofrecieron TE pequeños: $0,42$ y $0,45$ respectivamente. La TCC en comparación a la lista de espera se mostró superior ($d = 1,45$) y también respecto a otros tratamientos activos ($d = 0,71$) como Terapia psicodinámica breve, Tratamiento conductual del manejo del estrés y Psicoterapia de Solución de Problemas. Los investigadores concluyeron que la TCC es eficaz para el tratamiento de la Ansiedad por la Salud (también a nivel subclínico), con personas con y sin problemas médicos.

Weck, Neng, Ritschberg et al (2015) compararon la eficacia de la TC y la terapia de Exposición en un ECA con una muestra de 48 clientes que presentaban hipocondría. Los asignaron a dos tratamientos activos (TC y exposición) y a una condición control de lista de espera. Los TE en medidas principales (H-YBOCS) de la TC oscilaron entre 1,01 y 1,11; y los de la exposición entre 1,21 y 1,24, mostrándose ambas intervenciones como eficaces y más eficaces que la lista de espera (véase Tabla 21).

Significación Clínica Trastorno de Ansiedad por la Salud

No hemos encontrado MA con datos sobre la significación clínica de este trastorno por lo que hemos incluido tres estudios concretos (Visser y Bouman, 2001; Weck y Neng, 2015) con datos sobre pacientes mejorados y recuperados.

Visser y Bouman (2001) llevaron a cabo un estudio con pacientes que padecían hipocondría (según DSM-IV; TAS según el DSM-5) con el objetivo de comparar la eficacia de la Exposición con Prevención de Respuesta –EPR- (N=22), la Terapia Cognitiva -TC- (N=20) a un grupo control (N=20). La conclusión principal fue que ambas intervenciones activas (EPR, TC) eran eficaces para tratar el trastorno y ofrecían una mejora significativa en los pacientes frente al no tratamiento: entre el 65-70% de los pacientes tratados con EPR y TC. Entre un 61% y un 67% se situaron dos desviaciones por debajo de la media de la población disfuncional en el TAS.

Martinez y Botella (2005) analizaron la eficacia de la TCC (una adaptación de Salkovskis y Warwick, 1986) para tratar la hipocondría en una muestra de 12 pacientes que compararon con una muestra no clínica. Para determinar la mejora clínica producida por la intervención, se calculó el porcentaje de cambio en las puntuaciones posttest comparado con el pretest. Los pacientes que mejoraron en distintas medidas fueron: en la Escala Global de mejoría clínica un 60,69% en el ítem 1 y un 63,69% en el ítem 2; en el BDI un 83,33%; en el Whiteley Index del IBQ un 75% y en la escala de preocupaciones hipocondríacas del IAS un 27,5%.

Weck y Neng (2015) estudiaron las mejoras clínicamente significativas que se producían tras la aplicación de la TCC en 75 clientes con TAS. Definieron la mejora como la consecución de un cambio fiable en el H-YBOCS (puntuación menor de -1,96) y la recuperación se definió de dos formas: la obtención de una puntuación en el H-YBOCS de 13 o menos y un índice de cambio fiable de -1.96. Hallaron que en el postratamiento un 72% de los clientes respondieron al tratamiento y un 45,3% lograron la remisión. En el seguimiento a un año los porcentajes fueron 68% y 54,7% respectivamente. No se hallaron diferencias entre la EPR y la TC.

En resumen, para el TAS no hemos localizado ningún MA con resultados sobre la eficacia de la TCC con datos del TE pre-postratamiento. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 61% y el 72% en dos estudios. No hemos encontrado datos sobre pacientes recuperados. El porcentaje de pacientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos fue un 45% en un estudio.

Tabla 21. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en TAS

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
MA												
Olatunji et al. (2014)	Primarias y Secundarias del TAS Depresión	Medidas primarias: TCC postratamiento	4		1,10 (0,83-1,37)*	5	0,46 (0,20-0,71)* TH	9	0,95 (0,66-1,22)			
MA con 13 ECA N = 1081 pacientes	TE: g de Hedges	Medidas secundarias: TCC seguimiento TCC postratamiento TCC seguimiento					7	0,34 (0,06-0,62)	9	0,56 (0,35-0,78)		
		Medidas depresión: TCC postratamiento TCC seguimiento					7	0,20 (0,02-0,38)	9	0,64 (0,41-0,86)		
							4	0,35 (0,01-0,61)				
Cooper et al. (2017)	Medidas principales	TCC	10		1,45 (1,13-1,77)	21	1,01 (0,77-1,25)				7	0,71 (0,26-1,16)
MA con 14 ECA y 1544 clientes		Cientes con problemas físicos				4	0,76 (0,6-0,92) TH					
		Cientes sin problemas físicos				5	1,16 (0,74-1,58)					
		TCC seguimiento a 12 meses	6		1,06 (0,48-1,63)	16	0,96 (0,67-1,24)					
	Medidas ansiedad					21	0,42 (0,26-0,58)					
	Medidas depresión					21	0,45 (0,31-0,58)					
Estudios												
Weck, Neng, Ritchberg et al (2015)	H-YBOCS: Cognitiva Conductual	TC completan	73		1,11 (Sin I.C.)	73	1,01 (Sin I.C.)					
N= 48 clientes		Exposición completan	73		1,21 (Sin I.C.)	73	1,24 (Sin I.C.)					
	Cognitiva Conductual	TC ITT	84		1,06 (Sin I.C.)	84	0,78 (Sin I.C.)					
		Exposición ITT	84		1,20 (Sin I.C.)	84	1,07 (Sin I.C.)					
	Cognitiva Conductual		84		1,20 (Sin I.C.)	84	1,07 (Sin I.C.)					
			84		1,07 (Sin I.C.)							
	TE: g de Hedges											

K, número de comparaciones; * Los TE incluidos en toda la columna se refieren a una combinación de datos del postratamiento y del seguimiento.

Tabla 22. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de TAS

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Visser y Bouman (2001)	Mejorados: se calcularon de dos formas distintas: <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de mejorados (2DT por debajo de la media de la población disfuncional en el TAS) • Índice de cambio fiable (ICF) 	EPR	67% mejorados		
		TC	61% mejorados		
Martinez y Botella (2005)	Mejorados: Índice de cambio fiable Porcentaje de Reducción (clasificación Visser y Bouman, 1992): <ul style="list-style-type: none"> • Muy mejorado: reducción \geq 70% • Mejorado: reducción entre 31% y 69% • No mejorado: reducción \leq 30% Recuperación: Porcentaje de pacientes con puntuaciones en el posttest dentro del rango de la normalidad.	TCC:			
		Clasificación Visser y Bouman (1992)	58,3% (moderada o alta)		
		Índice de Cambio Fiable:			
		Overall Cincical Improvement Scale (ítem 1)	60,69%		
		Overall Cincical Improvement Scale (ítem 2)	63,69%		
		Whiteley Index IBQ	75%		
IAS (Preocupaciones hipocondríacas)	27,5%				
BDI	83,33%				
Weck y Neng (2015)	Mejora: clientes que consiguen un cambio fiable en el H-YBOCS (puntuación menor de -1,96). Recuperación: se definió de dos formas: puntuación en el H-YBOCS de 13 o menos y un índice de cambio fiable de -1.96.	TCC (EPR / TC) Postratamiento	72%		45,3%
		TCC (EPR / TC) Seguimiento a 1 año	68%		54,7%

2.2.2. EFICACIA EN TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Driessen y Hollon (2010) llevaron a cabo una revisión de algunos estudios publicados en relación a la eficacia de la TCC en trastornos del estado de ánimo. La TCC se mostró como un tratamiento superior a las condiciones control y, al menos, tan eficaz como otros tratamientos activos (incluyendo el psicofarmacológico). Comparando la TCC con el tratamiento psicofarmacológico en pacientes que presentaban depresiones severas la conclusión fue que, cuando la TCC se implementaba de forma adecuada, ambos tratamientos eran igual de eficaces. La TCC también se mostró eficaz en la reducción de las tasas de recaída.

Hofmann et al. (2012) tras revisar MA publicados sobre la eficacia de los tratamientos para los trastornos del estado de ánimo, determinaron que era difícil concluir sobre esta cuestión dado que los estudios de los que partían los MA no eran homogéneos, en muchos casos, en relación a la fuerza de la evidencia: en algunos casos era robusta y en otros casos era débil. Algunos autores han sugerido que el sesgo de publicación puede generar una sobrestimación de los resultados que puede estar generando efectos potentes (Cuijpers et al. 2010). De todos modos la revisión llevó a los autores a una serie de observaciones:

- La TCC se mostró más eficaz que las condiciones de control (lista de espera, no tratamiento) con un TE medio
- Los estudios que compararon la TCC a otros tratamientos activos (terapia psicodinámica, terapia de resolución de problemas, terapia Interpersonal) encontraron resultados mixtos. En concreto, algunos estudios encontraron que era igual de eficaz y otros estudios hallaron que la TCC era más eficaz.
- En relación a la terapia farmacológica encontraron que algunos estudios mostraban que la TCC y la farmacoterapia tenían efectos similares, con TE en el rango medio-grande. Otros estudios mostraron que la adición de fármacos a la TCC podía ser útil, e incluso que la combinación podía ser más eficaz que la TCC sola.

Tamaños del efecto pre-post

Westen y Morrison (2001) en su MA presentaron datos para depresión que procedían de 12 estudios. El TE pre-postratamiento fue 2,23 (DT=0,78) medido con el BDI.

Johnsen y Friborg (2015) llevaron a cabo un MA con 70 estudios (52 controlados y 18 no controlados) y una muestra total de 2426 pacientes publicados entre 1977 y 2014, en el que calcularon dos tipos de datos de eficacia: los procedentes de estudios controlados aleatorizados (N= 17) y los procedentes de estudios clínicos (N=53). Los TE (g de Hedge's) pre-post para la TCC fueron de 1,65 (BDI)

y de 1,81 (HDRS). Los investigadores concluyeron que los ensayos clínicos contemporáneos parecen ser menos efectivos que las intervenciones psicológicas con TCC desde los años 1980. Esta tendencia decreciente se observó tanto en los ECA como en los estudios pre-post intra- grupo y supone pasar de un TE de 2,2 a 1,3 según los autores. Consideran que una posible explicación es este descenso en las puntuaciones es la creciente desviación de los manuales de intervención en la aplicación de los protocolos. También consideran que puede ser fruto del grado de competencia o experiencia clínica de los terapeutas. Una limitación importante del presente MA es la combinación de ECA y no ECA en el análisis y el hecho que no han incluido estudios recientes en el MA como el de Barth et al. (2013) entre otros.

Cuijpers, Cristea, Weitz et al. (2016) observaron en su MA (información detallada en el apartado del trastorno de pánico) que en las muestras analizadas la severidad de la depresión en el pre-tratamiento fue entre leve y moderada en la mayoría de estudios y algo menor en los trastornos de ansiedad que en el TDM. Para el TDM los TE en medidas concretas fueron: 1,47 para el BDI, 1,31 para el BDI-II y 1,72 para el HAMD-17. Los investigadores concluyeron que los clientes que participan en ensayos de TCC para trastornos de ansiedad presentan niveles altos de depresión y que la TCC para los trastornos de ansiedad tenía efectos considerables sobre la depresión, efectos que eran comparables a los obtenidos por la TCC al tratar el TDM.

Tamaños del efecto respecto a grupos control

Cuijpers et al (2011) llevaron a cabo un MA para examinar el impacto de la psicoterapia y si había alguna asociación entre las características de los pacientes o del tratamiento que pudieran influir en los resultados del tratamiento en adultos con depresión. El MA incluyó 147 estudios y el TE (d de Cohen: restando en el postratamiento la puntuación media del grupo control de la puntuación media del grupo experimental y dividiendo el resultado por las desviaciones estándar agrupadas del grupo experimental y del control) de la psicoterapia frente a la condición de no tratamiento fue 0,66. Todas las formas de psicoterapia (diferentes tipos de TCC, Terapia Interpersonal, Terapia Psicodinámica breve y Terapia no directiva de Apoyo) fueron superiores al grupo control (TH, placebo farmacológico y psicológico y lista de espera) con TE que oscilaron entre 0,57 y 0,87. Observaron que la terapia individual fue algo superior a la grupal.

Cuijpers et al. (2013) realizaron un MA con 115 estudios en el que analizaron la eficacia de la TCC sola y comparada con otras alternativas de tratamiento. No encontraron diferencias entre la TCC o la TC de Beck y otras terapias (TAC, resolución de problemas, terapia interpersonal, terapia psicodinámica, terapia de apoyo). Las diferencias más marcadas se dieron entre la TCC y la terapia psicodinámica y, en el caso de la TC, en relación a la terapia psicodinámica y a la terapia de apoyo. Llegaron a la conclusión

de que, sin duda, la TCC es un tratamiento efectivo para la depresión en adultos, aunque los efectos de la misma habían podido ser sobrestimados hasta aquel momento. La TCC es la modalidad de intervención psicológica más estudiada para la depresión y por ello tienen el mayor peso de evidencia científica (corrigiendo el sesgo de publicación el TE pasó de $g=0,71$ a $g=0,53$). En comparación al tratamiento farmacológico observaron que no era más eficaz que la terapia psicológica ni en casos de depresiones graves. Los TE hallados en el presente MA se muestran en la Tabla 23.

Barth et al. (2013) llevaron a cabo un MA en red con 198 estudios que habían sido publicados hasta noviembre de 2012. La muestra comprendió a 15.118 pacientes adultos con depresión que habían sido tratados con siete intervenciones terapéuticas diferentes: Terapia Interpersonal (27 estudios), Activación Conductual (26 estudios), TCC (139 estudios), Terapia de Resolución de Problemas-TRP (19 estudios), Entrenamiento en Habilidades Sociales- EHS (7 estudios), Terapia Psicodinámica (16 estudios) y Terapia de Apoyo (37 estudios). Se calcularon los TE de las distintas intervenciones en relación a la lista de espera, al TH y al placebo y oscilaron entre 0,29 y 0,93 (el detalle puede consultarse en la Tabla 23. En relación a la lista de espera todas las intervenciones se mostraron superiores, siendo la TCC ($d= 0,78$), la Terapia Interpersonal ($d= 0,93$) y la Terapia de Resolución de Problemas ($d= 0,74$) las que mostraron efectos más robustos (en los estudios con muestras grandes). En comparación al TH todas las intervenciones a excepción del EHS se mostraron más eficaces con TE que oscilaron entre 0,29 y 0,59 (Tabla 23). Los resultados en relación al placebo fueron similares a los obtenidos en relación al TH.

En el MA Johnsen y Friberg (2015) al comparar la TCC a la no intervención obtuvieron un TE de 1,37 (BDI) y de 1,44 (HDRS).

En el MA de Cuijpers, Ebert et al. (2016) se incluyeron 41 estudios con 2741 clientes con TDM para comparar la TCC respecto a otras terapias (Terapia de Solución de Problemas, Terapia de Apoyo no Directiva, Terapia interpersonal, Activación Conductual y Terapia Psicodinámica). Los resultados señalaron que la TCC fue más eficaz que otras terapias ($g=0,29$) con adultos mayores, en pacientes con trastornos adictivos comórbidos ($g = 0,31$), en universitarios ($g = 0,46$) y en adultos jóvenes (18-29 años) ($g=0,59$).

Cuijpers, Cristea, Karyotaki et al. (2016) llevaron a cabo un MA con 54 ECA que incluían un total de 63 comparaciones entre la TCC y los grupos control para el TDM. En comparación a los grupos control los TE de la TCC fueron: 0,75 para el conjunto de grupos control (0,73 para los estudios de alta calidad y 0,65 ajustado el sesgo de publicación); 0,60 en comparación al TH (0,43 ajustado el sesgo de publicación). Otras comparaciones pueden observarse en la Tabla 23.

Cuijpers, Gentili et al (2016) llevaron a cabo un MA con 15 ECA de psicoterapia para estudiantes universitarios (922 participantes, condición de tratamiento=479; condición control=443) con depresión y 79 ECA con 121 comparaciones entre el tratamiento (Activación conductual, TCC, Terapia Psicodinámica,

Terapia Interpersonal, Terapia de Solución de Problemas) y el grupo control TH, lista de espera) con adultos deprimidos en general con el fin de comparar los resultados de la eficacia obtenidos en ambas poblaciones, a raíz de la psicoterapia. Los TE para las diferentes comparaciones pueden consultarse en la Tabla 23. A modo de conclusión los investigadores expusieron que los efectos del tratamiento psicológico en general ($g=0,89$) y la TCC ($g=0,88$) en particular en estudiantes universitarios deprimidos estaba en el rango de ser considerado grande.

Significación clínica Depresión

Los resultados del MA de Westen y Morrison (2001) en relación al porcentaje de pacientes mejorados fueron un 54% de aquellos que habían completado el tratamiento y un 37% de los que empezaron a tratarse (ITT). En el postratamiento las puntuaciones medias en el HRSD y en el BDI fueron 8,68 (DT=6,49) y 10,98 (DT=8,60) respectivamente. Ambas medias supondrían depresión clínicamente significativa según los criterios de recuperación de los estudios analizados. En sí, representaron una mejora sustancial respecto al pretratamiento pero no supusieron que la mayoría de los clientes estuvieran libres de la sintomatología depresiva y el hecho de que las DT fueran grandes supuso una gran variabilidad en la respuesta al tratamiento. A su vez, los investigadores comprobaron que un 28% de los clientes buscaban tratamiento adicional una vez finalizado el tratamiento psicológico durante el primer año y año y medio. A partir de los siguientes dos años tras la finalización lo hacían un 50%. Este dato sugiere que podría ser interesante programar sesiones de mantenimiento o bien alargar los tratamientos hasta conseguir mayor profundidad en los cambios alcanzados.

Cuijpers, Karyotaki et al (2014) en un MA con 92 ECA, 181 condiciones (134 psicoterapia y 46 grupos control) y 6937 pacientes, llegaron a la conclusión de que tras el tratamiento ya no cumplían los criterios diagnósticos de TDM: un 66% de los pacientes que habían recibido TCC, un 43% de los pacientes del grupo control y un 48% de los pacientes en TH. Estos datos indicaron que el valor adicional de la TCC comparada con el TH fue del 14%. En relación a los porcentajes de pacientes mejorados a raíz de la TCC, hallaron que fue un 53%. Los pacientes mejorados presentaron una reducción del 50% en todas las medidas (un 54% si se tenía en cuenta solo el HAM-D). A su vez, al terminar el tratamiento, un 49% de los pacientes para la TCC y para la Terapia de Resolución de Problemas cumplían los criterios de recuperación (puntuación HAM-D <7).

Johnsen y Friborg (2015) llevaron a cabo un MA con 17 ECA y 53 estudios intra-grupo para analizar la eficacia de la TCC en el tratamiento del TDM. Reportaron que al final del tratamiento había un 57% de pacientes mejorados, es decir, con puntuaciones inferiores a 10 (punto de corte) en el Beck Depression Inventory (BDI).

Weitz et al. (2015) condujeron un MA con 16 ECA y 1700 clientes (794 tratados con TCC y 906 tratados con medicación antidepresiva). Las medidas de resultados utilizadas fueron la Escala Hamilton

(HAM-D) y el BDI. Los clientes mejorados a raíz del tratamiento psicológico con TCC fue un 57,5% y los recuperados un 47%.

Revisados diferentes MA con resultados sobre la eficacia de la TCC para el Trastorno Depresivo Mayor observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,67-2,23, siendo una eficacia alta. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 37% y el 57,5%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes oscilaron entre un 47% y un 49% y alrededor de un 66% dejaron de cumplir criterios diagnósticos.

Tabla 23. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Trastornos de Estado de ánimo**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera (LE)	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Westen y Morrisson (2001) MA 12 Estudios	BDI TE: <i>d</i> de Cohen	TCC	12	2,23 (DT=0,78)								
Cape et al. (2010) MA 34 estudios	Depresión Ansiedad + depr	Psicoterapias breves (6-7 sesiones)						0,33 (Sin I.C.) 0,26 (Sin I.C.)				
	Depresión Ansiedad + depr	Terapia Solución de Problemas						0,26 (Sin I.C.) 0,17 (Sin I.C.)				
Cuijpers et al. (2013) MA 115 ECA	Medidas principales de depresión: HRSD, BDI, BDI-II TE: <i>g</i> de Hedges	TCC Control sesgo de publicación Calidad más alta Calidad más baja BDI BDI-II			55	0,83 (0,72-0,94)	94 26 94 39 55 57 13	0,71 (0,62-0,79) 0,59 (0,42-0,76) TH 0,53 (0,54-0,62) 0,53 (0,43-0,63) 0,90 (0,77-1,03) 0,79 (0,66-0,92) 0,72 (0,42-1,01)	13	0,51 (0,32-0,69)		
Barth et al. (2013) MA en red 198 estudios y 15.118 clientes	Medidas principales de depresión TE: <i>d</i> de Cohen	Terapia Interpersonal, Activación Conductual, TCC TRP EHS Terapia Psicodinámica Terapia de Apoyo						0,93 (0,69-1,14) 0,80 (0,51-1,08) 0,78 (0,64-0,91) 0,74 (0,50-0,97) 0,62 (0,10-1,19) 0,72 (0,41-1,02) 0,62 (0,40-0,82)		0,59 (0,39-0,78) 0,47 (0,19-0,75) 0,45 (0,32-0,58) TH 0,41 (0,18-0,63) 0,30 (0,25-0,88) 0,39 (0,11-0,68) 0,29 (0,11-0,48)		0,58 (0,34-0,82) 0,46 (0,18-0,76) 0,45 (0,28-0,61) 0,41 (0,18-0,64) 0,30 (0,24-0,86) 0,39 (0,09-0,68) 0,29 (0,06-0,51)
Johnsen y Friberg (2015) MA 17 ECA + 53 estudios intra-grupo	Medidas principales de depresión: BDI, HDRS. TE: <i>g</i> de Hedges	BDI TCC – Promedio BDI TCC Terapeutas experimentados Terapeutas noveles HDRS TCC – Promedio HDRS TCC	67 37 7 34	1,58 (1,43-1,74) 1,65 (Sin I.C.) 1,55 (1,38-1,72) 0,98 (0,59-1,36) 1,69 (1,48-1,89) 1,81 (Sin I.C.)			1,37 (Sin I.C.) 1,44 (Sin I.C.)					
Cuijpers, Ebert et al. (2016) MA 41 ECA y 2741 clientes	BDI, HRSD TE: <i>g</i> de hedges	TCC vs otras terapias (Terapia de Solución de Problemas, Terapia de Apoyo no Directiva, Terapia interpersonal, Activación Conductual y Terapia Psicodinámica)								7 4 5 1		0,29 (0,01-0,56) Adultos mayores 0,31 (0,01-0,62) Trastorno adictivos 0,46 (0,05-0,88) universitarios 0,59 (0,10-1,08) Adultos jóvenes

Tabla 23. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Trastornos de Estado de ánimo (continuación)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera (LE)	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos
Cuijpers, Cristea, Karyotaki et al. (2016) MA 54 ECA TDM	Medidas principales de depresión TE: <i>g</i> de Hedges	TCC Estudios de alta calidad Ajustados sesgo publicación			28	0,98 (0,80-1,17)	63	0,75 (0,64-0,87)	5	0,55 (0,28-0,81) F		
					6	0,93 (0,49-1,37)	11	0,60 (0,45-0,75) TH				
							5	0,73 (0,46-1,00)				
							71	0,43 (0,16-0,70) TH 0,65 (0,53-0,78)				
Cuijpers, Cristea, Weitz et al. (2016) MA 34 ECA TDM	BDI BDI-II HAM-D-17 TE: <i>g</i> de Hedges	TCC (medidas juntas) Depresión			42	1,50 (1,31-1,69)						
					21	1,47 (1,25-1,69)						
					14	1,31 (1,14-1,47)						
					22	1,72 (1,39-2,04)						
Cuijpers, Gentili et al. (2016) MA 15 ECA Universitarios deprimidos (997) 79 ECA TDM adultos en general.	Medidas principales de depresión: BDI, HAM-D... TE: <i>g</i> de Hedges	Terapia psicol. universitarios BDI TCC Activación Conductual			12	1,13 (0,81-1,46)	22	0,89 (0,66-1,11)				
							6	0,90 (0,55-1,25) TH				
							17	1,02 (0,78-1,26)				
							14	0,88 (0,61-1,14)				
							4	1,27 (0,69-1,84)				

K, número de comparaciones; * LE/placebo

Tabla 24. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de **Trastornos del estado de ánimo**

AUTORES	Definiciones	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Westen y Morrison (2001) MA 12 ECA	Los investigadores tomaron las definiciones establecidas por los estudios analizados. P.e. "Recuperados": Puntuaciones inferiores a 6 en el HRSD y a 9 en el BDI.	Completaron el tto ITT	50,8% (DT=9,5) N=7 36,8% (DT=9,0) N=7		
Cuijpers, Karyotaki et al (2014) MA 92 ECA y 6937 pacientes	Mejora: reducción del 50% en todas las medidas (un 54% si se tenía en cuenta solo el HAM-D). Recuperados: Puntuaciones inferiores a 7 en el HAM-D	TCC Grupo control (todos) Tratamiento Habitual Lista de espera Otros grupos control	53% (39-66%) N=9 19% (11-32%) N=2	49% (32-66%) N=5 27% (15-43%) N=6	66% (58-73%) N=17 43% (34-52%) N=11 48% (36-60%) N=6 17% (7-35%) N=3 52% (34-70%) N=2
Johnsen y Friborg (2015) MA 17 ECA + 53 estudios intra-grupo	Remisión: puntuaciones inferiores a 10 (punto de corte) en el Beck Depression Inventory (BDI)	TCC	57% *		
Weitz et al. (2015) MA 16 ECA	No se especifican en el estudio las definiciones de clientes mejorados y recuperados.	TCC	57,5% *	47% *	

N, Número de estudios; * los autores no reportan el rango entre el que oscilan los porcentajes.

2.2.3. EFICACIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Hay et al. (2012) revisaron 11 estudios sobre la eficacia de la TCC en pacientes que presentaban **Anorexia Nerviosa (AN)** severa. Concluyeron que la eficacia de la TCC en este tipo de poblaciones es limitada y en las implicaciones de la revisión discuten sobre la necesidad de seguir estudiando algunas de las intervenciones que parecen más prometedoras entre las que se encuentran la TCC-Ampliada (TCC-A) de Fairburn y la TCC-modificada de Touyz, entre otras.

Hay (2013) llevó a cabo una revisión de la eficacia de la psicoterapia para los TCA desde 2005 a 2012. Analizó 36 ECA. Las principales conclusiones de la revisión fueron: la base de evidencia para la AN ha mejorado. Para la BN la terapia de elección parece ser la TCC. Se requiere más investigación focalizada en las características de los TCA y el control del peso en el Trastorno por Atracón.

Groff (2015) revisó un total de seis estudios publicados sobre la TCC-A para un amplio rango de TCA: AN, BN y TCA no especificados. Cuatro de los estudios fueron ensayos abiertos de la TCC mejorada (Bryne et al. 2011; Dalle Grave et al. 2013; Fairburn et al. 2013 y Watson et al. 2012; citados en Groff, 2015) y uno comparó las dos modalidades de TCC-A, la focalizada y la ampliada (Allen et al. 2012; citado en Groff 2015) y uno comparó las dos modalidades a la lista de espera (Fairburn, 2009; citado en Groff 2015). La conclusión de la revisión fue que la TCC mejorada no se mostró ineficaz para tratar los TCA pero destacaron que había básicamente un estudio (de los seis analizados) muy riguroso y que si los resultados pudieran ser obtenidos por grupos independientes de investigación (la mayoría de los estudios fueron conducidos por los mismos investigadores) la fuerza de la evidencia sería mucho mayor.

Costa y Melnik (2016) llevaron a cabo un resumen, a partir de estudios clínicos, revisiones y MA, sobre la evidencia científica de la eficacia los tratamientos para los TCA. Se analizaron las comparaciones entre los grupos experimentales (intervenciones de todas las modalidades y contextos terapéuticos incluyendo técnicas psicológicas o psicosociales, y la combinación entre ellas o con medicación) y los controles (no tratamiento, lista de espera y TH como mediciones de peso y altura y consejo nutricional). Llegaron a la conclusión que la TCC fue el tratamiento más eficaz, especialmente para la BN, el Trastorno por atracón y el Trastorno por Ingesta Nocturna. Para la AN la mejor eficacia fue para la Terapia Familiar, especialmente en caso de pacientes adolescentes y la TCC fue una muy buena opción en terapia individual.

Tamaños del efecto pre-post

Whittal et al. (1999) llevaron a cabo un MA para analizar la eficacia de los tratamientos para la Bulimia Nerviosa con 9 estudios controlados de doble ciego con placebo sobre medicación (870 pacientes) y 26 ECA sobre terapia psicológica (460 pacientes). Las 4 medidas de resultados más utilizadas fueron: frecuencia de atracones, frecuencia de purgas, depresión y actitudes ante la comida

(auto-reporte de restricción alimentaria, preocupación excesiva por la figura corporal y por el peso). El número limitado de estudios no permitió analizar las diferencias en actitudes hacia la alimentación y depresión. Los resultados de combinar la TCC y la terapia farmacológica mostraron mayor eficacia que la TCC sola en frecuencia de atracones y que la terapia farmacológica en frecuencia de atracones y conductas purgativas (véase Tabla 25). La adición de terapia farmacológica puede ser importante en caso de que exista comorbilidad con depresión o en caso de que la frecuencia de atracones y vómitos sea muy alta y se requiera una reducción rápida. La conclusión final del estudio fue que la TCC es el tratamiento de elección para la BN, siendo a corto plazo más eficaz que la medicación para disminuir la sintomatología asociada a la BN. El presente estudio no presentó datos para comprobar el mantenimiento de las ganancias del tratamiento.

En su MA Thompson-Brenner et al (2003) analizaron los estudios sobre eficacia en el tratamiento de la BN publicados entre 1980 y 2000. Incluyeron 26 ECA que a su vez incluían 51 condiciones de tratamiento: 25 TCC, 11 TCo y 15 de otras orientaciones. Los pacientes que participaron en los ECA fueron un total de 1.681, siendo 1.427 los que recibieron tratamiento activo. Respecto a la modalidad de tratamiento hubo 30 intervenciones individuales, 19 grupales y 2 que combinaron las anteriores. El TE fue calculado con la *d* de Cohen y para la TCC (combinación de todas las modalidades) en el postratamiento se obtuvieron los siguientes valores: atracones modalidad individual y grupal (1,19) y conductas purgativas (1,15). Para la TCo individual (combinación de todas las modalidades) en el postratamiento fueron: atracones (1,38) y conductas purgativas (0,95). Los datos del postratamiento en relación a las conductas purgativas fueron: 1,03 para la TCC (combinación de todas las modalidades), 1.15 para la TCC modalidad individual, 0,95 la TCo (combinación de todas las modalidades) y 0,95 para la TCo modalidad individual.

Hartmann et al (2011) realizaron un MA con 57 estudios que analizaban 84 comparaciones de tratamiento y una muestra de 2273 pacientes. El tratamiento psicológico logró un TE grande para el IMC, teniendo en cuenta a todos los participantes. El IMC pasó de 14,9 Kg/m² a 17,5 Kg/m². Con quienes abandonaron también se obtuvieron buenos resultados y el IMC pasó de 14,8 Kg/m² a 16,2 Kg/m². Los pacientes que finalizaron el tratamiento presentaron mejores resultados. Se observó un incremento del peso más rápido en pacientes internos (531 gramos/semana) que en no internos (262 gramos/semana), aunque en ambos contextos de intervención se logró el incremento de peso (véase Tabla 25).

Erford et al. (2013) analizaron mediante un MA 111 ECA con un total de 4.926 clientes y 142 comparaciones en el postratamiento y 75 en el seguimiento, la eficacia del counselling/psicoterapia y los programas de auto-ayuda (estos últimos no los tendremos en cuenta en el presente estudio) para tratar la BN. Definieron el Counselling/psicoterapia como la intervención o tratamiento ejecutado por un profesional de la salud mental, o profesional en formación, para reducir la sintomatología de la BN. Los

TE se calcularon mediante la d de Cohen corregida. El resultado para el counselling/psicoterapia del pre-post osciló entre 0,45 (uso de laxantes) y 0,81 (características bulímicas autoinformadas) (véase Tabla 25).

Tamaños del efecto respecto a grupos control

En el MA de Thompson-Brenner et al. (2003) se calcularon los TE respecto a grupos control (incluidos en 12 ECA). Una de las condiciones control fue la lista de espera (8 ECA) y placebo (4 ECA) que consistió en recibir atención profesional. Los TE para la TCC (combinación de todas las modalidades) en el postratamiento en relación a los atracones fue 0,52 y también de 0,69 en la modalidad individual. En el caso de la TCo (combinación de todas las modalidades) en el postratamiento fue 0,83 y 1,33 en la modalidad individual. Los datos del postratamiento en relación a las conductas purgativas fueron: 1,03 para la TCC (combinación de todas las modalidades), 1.15 para la TCC modalidad individual, 0,95 la TCo (combinación de todas las modalidades) y 0,95 para la TCo modalidad individual (véase Tabla 25).

Hay et al. (2009) llevaron a cabo un MA con 40 ECA publicados entre 2000 y 2004, para comprobar la eficacia de la TCC para el tratamiento de la BN y compararla con las condiciones de lista de espera, psicoterapias alternativas (Terapia Interpersonal, Terapia hipnoconductual, Terapia de Apoyo) y TCC de auto-ayuda. La TCC comparada con la lista de espera obtuvo estos TE en diferentes medidas: 1,01 en síntomas bulímicos y 0,80 en depresión. La TCC comparada con la TCo obtuvo unos TE de 0,60 en síntomas bulímicos, 0,33 en frecuencia de atracones y 0,69 en depresión.

En el MA de Erford et al. (2013) los TE en comparación a la lista de espera oscilaron entre 0,66 (insatisfacción corporal) y 0,99 (frecuencia de atracones y características bulímicas autoinformadas). En comparación al placebo oscilaron entre 0,26 (frecuencia de atracones) y 0,62 (características bulímicas autoinformadas). Y por último, en comparación al TH oscilaron entre 0,28 (frecuencia de atracones) y 0,93 (características bulímicas autoinformadas) (véase Tabla 25).

Spielmans et al. (2013) llevaron a cabo una revisión y un MA sobre la eficacia de los tratamientos para la BN y el Trastorno por Atracón. Analizaron 53 ECA realizando un total de 77 comparaciones calculadas con la g de Hedges. Se comparó la TCC con terapias no cognitivo-conductuales *bona fide* para la BN y se halló que el TE fue ($g=0,24$) siendo la TCC solo marginalmente significativa. También se comparó la TCC a intervenciones centrada en alguno de los componentes de la TCC. En este caso los resultados no mostraron diferencias entre la TCC completa y la intervención centrada en alguno de sus componentes, siendo los TE en el postratamiento un ($g=0,05$) para la combinación BN y Trastorno por atracón, un ($g=0,03$) para BN y un ($g=0,14$) para Trastorno por Atracón (ver Tabla 25).

TCA significación clínica

Steinhausen (2002) revisó 119 estudios que incluían un total de 5590 pacientes que presentaban AN con unos periodos de seguimiento que oscilaron entre un año y 29, que habían sido tratados con psicoterapia enmarcada en distintos enfoques. Los resultados en el postratamiento mostraron que un 33,5% de los pacientes mejoraron y un 46,9% se recuperaron. A su vez, se cronificó el TCA en un 20,8% de los pacientes y un 5% fallecieron.

El porcentaje de pacientes recuperados (ausencia de atracones y conductas purgativas) que hallaron Thompson-Brenner et al. (2003) en su MA fue un 48% para la TCC individual teniendo en cuenta los clientes que finalizaron el tratamiento, un 20,5% para la TCC grupal y un 57,6% para la TCo individual. En el caso de los grupos control fue un 27% y un 2% para los clientes en lista de espera. En el seguimiento a los 12 meses los clientes que habían permanecido asintomáticos durante todo el tiempo fueron un 28,5% para la TCC individual y un 6,3% para la TCo individual (véase Tabla 26).

Hay et al. (2009) hallaron que la TCC obtuvo un porcentaje de remisiones en pacientes con BN del 32% en comparación a la lista de espera que obtuvo un 2%. El porcentaje de remisión de la TCC fue del 36% y el de otras psicoterapias (Terapia Interpersonal, Terapia hipnoconductual, Terapia de Apoyo) fue del 22%. Para la remisión en atracones la TCC obtuvo unas tasas de remisión del 50% y la TCo del 25%.

Revisados diferentes MA con resultados sobre la eficacia de la TCC para el TCA observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,45 y 1,38. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 27% y el 43%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron entre el 38% y el 57,6% y el rango de los que dejaron de cumplir criterios diagnósticos estuvo entre el 36% y el 65%.

Tabla 25. Resumen de los TE hallados en los estudios revisados para valorar la eficacia de la TCC en **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post	K	TE respecto a lista espera (LE)	K	TE respecto a grupos control combinados	K	TE respecto a placebo Psicol (P) o Farmacol (F)	K	TE respecto a otros tratamientos	
Whittal et al. (1999) BN MA con 9 estudios T. farmacológica N= 870 pacientes y 26 ECA terapia psicológica N= 460 pacientes	Medidas auto- informadas para TCA	Pre-post TCC/TCo:											
		Atracones	17	1,28 (Sin I.C.)									
		Purga	24	1,22									
		Actitudes alimentación	13	1,35									
		Depresión	19	1,31									
		TCC + medicación											
		Atracones	4	1,77									
Purga	5	1,33											
Depresión	3	1,27											
Thompson-Brenner et al (2003) MA 26 ECA	Atracones C. Purgativas <i>d</i> de Cohen	Pre post TCC individual:											
		Atracones	6	1,19 (0,34)*	1	0,69 (--)							
		Conductas purgativas	7	1,15 (0,34)*	2	1,34 (0,21)*							
		Pre post TCo individual:											
		Atracones	4	1,38 (0,05)*	2	1,33 (0,37)*							
Conductas purgativas	4	0,95 (0,19)*	2	1,31 (0,59)*									
Hay et al (2009) MA 40 ECA		TCC											
		Síntomas bulímicos			9	1,01 (0,68-1,33)				2	0,60 (0,15-1,05)		
		Depresión			6	0,80 (0,37-1,22)				1	0,69 (0,01-1,40)		
		Frecuencia de atracones								1	0,33 (0,39-1,06)		
Hartmann et al. (2010). AN MA 57 ECA 2273	IMC Medidas principales AN	Tratamiento psicol. Pre-post											
		ITT (IMC)	52	1,22 (1,14-									
		Terminan tto. (IMC)	3	1,31)									
		Abandonan (IMC)	26	1,68 (1,54-1,82) 0,74 (0,43-0,96)									
Erford et al. (2013) MA 111 ECA	<i>d</i> de Cohen corregida	Counselling / Psicoterapia:											
		frecuencia de atracones	54	0,71 (0,63-0,79)	9	0,99 (0,76-1,20)	3	0,28**(-0,18-0,74)	5	0,26 (0,01-0,51)			
		frecuencia de vómitos	41	0,63 (0,55-0,71)	9	0,98 (0,59-1,38)	3	0,57 (0,26-0,89)	4	0,36 (0,09-0,63)			
		uso de laxantes	9	0,45 (0,32-0,59)	1	0,68 (0,18-1,18)		--	1	0,58 (0,00-1,16)			
		características bulímicas autoinformadas	32	0,81 (0,67-0,95)	3	0,99 (0,34-1,64)	3	0,93 (0,45-1,90)	2	0,62 (0,28-0,97)			
		Insatisfacción corporal	28	0,50 (0,40-0,59)	3	0,66 (0,29-1,03)	4	0,60 (0,33-0,88)		--			
Spielmanns et al (2013) MA 53 ECA	Medidas primarias TCA	TCC											
		Combinado								12	0,05		
		BN								8	0,03		
		T. por Atracón							4	0,14			
Vs No TCC, Bona fide													

K, número de comparaciones; (Sin I.C.): El artículo no reporta los Intervalos de Confianza; * DT; **NS: No significativo; Ei= Exposición Interoceptiva; Evivo: Exposición en vivo;

Tabla 26. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Steinhausen (2002) Revisión 119 ECA N= 5590 AN	Recuperación: incluía todos los síntomas esenciales de la AN	Psicoterapia diferentes orientaciones	33,5% DT=17,8 (0-75%)	46,9% DT=19,7 (0-92%)	Peso: 59,6% DT=15,3 (15-92) Menstruación: 57% DT=17,2 (25-96) Ingesta: 46,8% DT=19,6 (0-97)
Thompson-Brenner et al (2003) MA 26 ECA	Recuperación: ausencia absoluta de atracones y conductas purgativas.	TCC Completan tto ITT Permanecen recuperados a 1 año TCo Completan tto ITT Permanecen recuperados a 1 año		48% (DT=18,6) 11 ECA 38% (DT=17,3) 9 ECA 28,5% (DT=12,6) 3 ECA 57,6% (DT=32,2) 4 ECA 46,7% (DT=26,1) 4 ECA 6,3% (DT= --) 1 ECA	
Hay et al (2009) MA 40 ECA		TCC Lista de espera	32% 2%		

2.2.4. RESUMEN DE LOS DATOS DE EFICACIA PARA LOS TRASTORNOS ANTERIORES

A continuación resumimos en la tabla 27 los resultados de la TCC (los TE y la significación clínica) descritos en los diferentes estudios revisados para ver los rangos orientativos de eficacia encontrados en los MA para cada uno de los problemas psicológicos analizados. Hemos resumido los resultados según el **rango real** de TE que presentan los MA o estudios y su mediana. Los resultados analizados responden a las medidas específicas según cada trastorno y, en el caso de que el estudio ofreciera más de un TE, se ha elegido el que refleja el tipo de intervención aplicada en la UTC_UB (técnicas cognitivo-conductuales). Se han excluido los MA que presentaran menos de 3 estudios o comparaciones.

Se ha investigado si en el rango real había **valores atípicos** o **extremos**, convirtiendo los TE en puntuaciones z , para comprobar si existían valores que excedían 3,29 en términos absolutos. No se ha hallado la presencia de dichos valores.

Se ha incluido el cálculo del **rango** intercuartil (25-75) dado que es una medida más robusta que el rango real y excluye la mayoría de los valores atípicos.

Tabla 27. Resumen de rangos de los TE revisados en los diferentes MA de eficacia de la TCC.

Trastorno	TE (Rango eficacia)				
	Pre-post	Lista de espera	Grupos control	Placebo	Otro tratamiento
Ansiedad					
Rango real	1,21 – 1,58	1,23		0,75	
Mediana Rango Real	1,3	1,23		0,75	
Rango Inter cuartil (25-75)	1,21 – 1,58	1,23		0,75	
Agorafobia / Pánico					
Rango real	1,05 – 1,55	0,64 – 1,16	0,81	0,28 – 0,51	0,23 – 0,40
Mediana Rango Real	1,39	0,99	0,81	0,39	0,32
Rango Inter cuartil (25-75)	1,10 – 1,55	0,81 – 1,11	0,81	0,28 – 0,51	0,23 – 0,40
Fobia específica					
Rango real	1,12 – 1,87	1,03 – 1,65		0,48	0,17 – 0,35
Mediana Rango Real	1,43	1,34		0,48	0,26
Rango Inter cuartil (25-75)	1,12 – 1,87	1,03 – 1,65		0,48	0,17 – 0,35
Fobia social					
Rango real	0,77 – 1,49	0,85 – 1,56	0,44 - 0,80	0,38 – 0,72	
Mediana Rango Real	1,1	1,01	0,68	0,52	
Rango Inter cuartil (25-75)	0,91 – 1,27	0,86 – 1,19	0,44 - 0,80	0,40 – 0,68	
TAG					
Rango real	0,87 – 2,48	0,64 – 1,87	0,45 – 0,84	0,71 – 1,32	0,26 – 0,45
Mediana Rango Real	1,92	1,08	0,80	1,02	0,36
Rango Inter cuartil (25-75)	1,57 – 2,19	0,88 – 1,64	0,45 – 0,84	0,71 – 1,32	0,26 – 0,45
TEPT					
Rango real	0,80 – 1,87	0,89 – 1,53	0,61 – 1,70	0,30 – 0,65	-0,07 – 0,87
Mediana Rango Real	1,65	1,27	1,26	0,48	0,13
Rango Inter cuartil (25-75)	1,16 – 1,74	1,04 – 1,52	1,00 – 1,60	0,30 – 0,65	-0,05 – 0,71
TOC					
Rango real	1,39 – 1,90	1,31 – 1,67	0,99 – 1,39	0,92 – 1,37	0,09
Mediana Rango Real	1,5	1,49	0,99	1,33	0,09
Rango Inter cuartil (25-75)	1,44 – 1,84	1,31 – 1,67	0,99 – 1,39	0,92 – 1,37	0,09
TAS					
Rango real		1,01 - 1,24	0,46 – 0,95		
Mediana Rango Real		1,11	0,71		
Rango Inter cuartil (25-75)		1,06 – 1,23	0,46 – 0,95		
T. Estado de ánimo					
Rango real	1,50 – 2,23	0,78 – 1,13	0,45 – 0,89	0,45 – 0,55	0,29 – 0,59
Mediana Rango Real	1,64	0,91	0,60	0,51	0,52
Rango Inter cuartil (25-75)	1,54 – 2,23	0,79 – 1,09	0,47 – 0,75	0,45 – 0,55	0,33 – 0,59
TCA					
Rango real	0,45 – 1,68*	0,99 – 1,01	0,28 – 0,93	0,26 – 0,36	0,05
Mediana Rango Real	1,17	1,00	0,60	0,31	0,05
Rango Inter cuartil (25-75)	0,69 – 1,30	0,99 – 1,01	0,43 – 0,84	0,26 – 0,36	0,05

*El amplio rango de los TE para TCA es debido al hecho de que procede de TE calculados por separado para medidas como atracones, purgas, actitudes hacia la alimentación, IMC, uso de laxantes, características bulímicas autoinformadas o insatisfacción corporal.

En cuanto a los porcentajes de **pacientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir los criterios diagnósticos**, se ha seguido el mismo procedimiento que en el caso de los TE: cálculo del rango real y su mediana y cálculo del rango cuartil.

Tabla 28. Resumen de porcentajes de pacientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir los criterios diagnósticos obtenidos a partir de los diferentes MA o revisiones (R) y estudios (E) revisados (Eficacia).

Ansiedad	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real						
Mediana Rango Real						
Rango Intercuartil (25-75)						
Agorafobia / Pánico	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real		63,3-80		45-61		65
Mediana Rango Real	2 MA 1 R	66	2 MA 1 R	53	1 R	65
Rango Intercuartil (25-75)		63,3-80		45-61		65
Fobia específica	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real		80		68		
Mediana Rango Real	1R	80	1 R	68		
Rango Intercuartil (25-75)		80		68		
Fobia social	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real		68		22-41		
Mediana Rango Real	1MA 1R	68	1MA 1R	31,5		
Rango Intercuartil (25-75)		68		22-41		
TAG	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real		40-82		52		50-69
Mediana Rango Real	2MA 1R	52,1	1R	52	1MA 1R	59,5
Rango Intercuartil (25-75)		40-82		52		50-69
TEPT	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real		37,6-56,1				46-70
Mediana Rango Real	1MA	47,4			2MA	56
Rango Intercuartil (25-75)		37,6-56,1				48-68
TOC	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real		51-72		38,2-59		
Mediana Rango Real	1MA 2R	62,7	1MA 3R	48,3		
Rango Intercuartil (25-75)		52,4-71,2		40,6-54,4		
TAS	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real		27,5-75				45,3
Mediana Rango Real	3E	69,5			1E	45,3
Rango Intercuartil (25-75)		37,4-74,3				45,3
T. Estado de ánimo	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real		50,8-57,5		47-49		66
Mediana Rango Real	4MA	55	2MA	48	1MA	66
Rango Intercuartil (25-75)		51,4-57,4		47-49		66
TCA	Nº MA/E	% Mejorados	Nº MA/E	% Recuperados	Nº MA/E	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Rango real				48-57,6		
Mediana Rango Real			1 MA	52,8		
Rango Intercuartil (25-75)				48-57,6		

Para algunos de los trastornos psicológicos analizados no hemos hallado suficientes datos de MA o estudios como para poder tener un rango de resultados, situación que nos ha obligado a presentar un único valor con el que poder comparar.

Según los estudios consultados, la TCC es un tratamiento eficaz para los distintos trastornos psicológicos que hemos analizado y, a su vez, parece tener un efecto sobre los problemas asociados a los problemas principales (ansiedad general, humor deprimido, etc.). Los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados no alcanzan los índices que serían deseables pero teniendo en cuenta la gran cantidad de variables que pueden influir es difícil concluir que se explique por una ineficacia del protocolo de intervención.

Hecho el análisis de la eficacia de las intervenciones en los diferentes trastornos consideramos que es necesario tener en cuenta que hay un porcentaje de clientes que lejos de recibir efectos positivos del tratamiento, acaban viéndose **perjudicados** por el mismo. En relación a este efecto del tratamiento psicológico, parece que un 10% de los clientes tratados pueden empeorar frente a un 5% de casos que empeorarían sin ser tratados (Lambert y Bergin, 1994). Un estudio con 14.587 adultos británicos atendidos en el Servicio Nacional de Salud halló que un 5,2% de ellos reportaba efectos negativos duraderos del tratamiento psicológico; en concreto, un 3% en relación a la terapia humanista, un 4% a la TCC, un 6% al aconsejamiento y un 9% a la terapia psicodinámica. Los clientes que consideraban que habían recibido bastante información de la terapia antes de empezarla fueron los que reportaron menos efectos negativos.

Los criterios que definen un tratamiento psicológico potencialmente perjudicial son tres (Lilienfeld, 2007): presencia de efectos perjudiciales en forma de deterioro o enlentecimiento de la mejora en los clientes o en otras personas, efectos que van más allá de una exacerbación puntual de los síntomas y efectos que son replicados por grupos independientes de investigación. El mismo autor habló de dos niveles de deterioro para los clientes: Nivel-I (daño probable) y Nivel-II (daño posible) en función de la procedencia de los datos. En el Nivel-I los datos provienen ECA (o MA de ECA) y han sido replicados al menos por un equipo independiente y en el Nivel-II provienen de estudios cuasi-experimentales o de caso único replicados por un equipo independiente.

CAPÍTULO 3: LA GENERALIZABILIDAD DE LOS TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUALES

3.1 UTILIDAD CLÍNICA: VIABILIDAD, GENERALIZABILIDAD Y EFICIENCIA

Al considerar la eficacia de los tratamientos psicológicos, Seligman (1995) se formuló la siguiente pregunta: ¿no nos estaremos refiriendo a pacientes y tratamientos irreales, en el sentido de que ni los pacientes existen tal y como son vistos en los experimentos ni los tratamientos pueden ser aplicados en la misma forma y con las mismas pautas en la clínica real?, es decir, ¿funcionaran los tratamientos eficaces igual de bien en la práctica clínica real?

Interesantes reflexiones que plantean la necesidad de ver si la eficacia de un tratamiento en contextos artificiales puede trasladarse a la práctica clínica habitual, es decir, ver si la aplicación de ese mismo tratamiento en el contexto habitual de la psicología clínica consigue los mismos resultados y ambos contextos de intervención son comparables. También resulta imprescindible ver si un tratamiento aplicado en las condiciones de la práctica clínica habitual funciona y, a su vez, poder valorar el resultado de los tratamientos que tienen una duración larga (propios de la práctica cotidiana). Los terapeutas en su actividad clínica habitual se centran en tratar los problemas de los clientes de la forma más efectiva y eficiente posible, adaptando su actuación a lo que se estime más oportuno y ético en cada momento en respuesta a las demandas de los clientes, teniendo en cuenta que estos, en ocasiones, preferirán intervenciones diferentes de las que aparecen en los manuales.

La utilidad clínica de la terapia psicológica hace referencia a la viabilidad, generalizabilidad y eficiencia de la misma. Estos tres aspectos serán definidos con detalle un poco más adelante.

Como hemos podido comprobar en el capítulo anterior del presente trabajo, dadas las características que presentan los estudios de eficacia (grupos de tratamiento homogéneos, tratamientos estandarizados, medidas de tratamiento y resultados muy meticulosos y, menos oportunidades para confundir los efectos de otras variables que no sean el tratamiento) tienen una buena validez interna y de constructo (Schnurr, 2007). En algunos estudios realizados en condiciones de práctica clínica habitual también se han utilizado manuales de tratamiento, los terapeutas han sido entrenados y/o supervisados en el tratamiento que van a tener que aplicar y son conocedores de que se van a evaluar los resultados de la intervención, lo cual puede incrementar la motivación y la implicación en la tarea, dedicando más tiempo y esfuerzo. Pero estas no suelen ser las características de la práctica clínica habitual en la que los terapeutas (generalmente expertos) suelen visitar a muchos pacientes el mismo día, tienen poco tiempo para preparar los casos y es poco probable que apliquen una intervención de manual (suelen adaptar los protocolos de intervención a las necesidades de sus clientes e incluso suelen integrar estrategias de diferentes modelos). Los estudios que han incorporado estas condiciones propias de la práctica clínica habitual presentan mejor validez externa (generalizabilidad) porque son más parecidos a la práctica clínica real o son, en sí, la práctica clínica habitual. Se caracterizan por incluir a pacientes que no son voluntarios, que presentan sintomatología menos homogénea (menos diagnósticos puros y muchas más comorbilidades), que pueden pagar por recibir el tratamiento, que suelen

elegir el tipo de tratamiento que desean recibir, que reciben dosis variables de tratamiento, según el criterio del terapeuta, profesional al que suelen seleccionar según sus preferencias (Seligman, 1995).

Los **estudios de eficacia** suelen ser estudios controlados aleatorizados que nos ofrecen datos que comparan el pretratamiento con el postratamiento o bien comparan los resultados de un determinado tratamiento con los resultados de una condición control (no-tratamiento/lista de espera, una forma alternativa de tratamiento como la medicación, el placebo o el TH). Al calcular los **tamaños del efecto (TE)** en este tipo de comparaciones observamos que se basan en el cambio que es debido al tratamiento.

Los datos que vamos a comparar en esta tesis son los TE pre-post hallados en estudios de eficacia y en estudios llevados a cabo en la práctica clínica habitual. Como hemos señalado y queremos remarcar, la práctica clínica habitual puede suponer unas condiciones de trabajo muy diferentes en función del contexto en el que se lleven a cabo los tratamientos. Veremos si estas características pueden afectar a los resultados. El presente trabajo ha sido realizado en un centro clínico universitario de formación de terapeutas. Las características del contexto y de la intervención que se lleva a cabo se describirán en el apartado de método.

Nos adentramos en la descripción de los aspectos que componen la utilidad clínica: viabilidad, generalizabilidad y eficiencia.

VIABILIDAD

La viabilidad **incluye** los siguientes aspectos:

1. La **aceptabilidad** del tratamiento por parte de los pacientes:

Son importantes en este sentido aspectos como el coste que suponen (tiempo, esfuerzo, economía, etc.), la duración, efectos secundarios, etc. Puede ser interesante analizar cuáles son las expectativas (en relación al tiempo y a la complejidad de las intervenciones) que tienen las personas que acuden en busca de tratamiento psicológico para poder adaptar los tratamientos que ofrecemos a las necesidades de los usuarios.

El hecho de que el cliente pueda elegir el tratamiento a recibir (ante tratamientos de eficacia comparable) facilita la aceptabilidad del mismo. El estudio de las preferencias de quienes padecen un trastorno psicológico y quieren recibir tratamiento para el mismo fue un campo que interesó a McHugh et al. (2013) quienes realizaron un MA con 34 estudios (68.612 participantes) para estimar las preferencias de los pacientes con problemas psicológicos respecto al tratamiento psicológico o a la medicación. Comprobaron que el 75% de los pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad o depresión preferían el tratamiento psicológico frente a la medicación. Los pacientes jóvenes y las

mujeres eran los que más se decantaban por el tratamiento psicológico y los pacientes que presentaban depresión (69%) o los que no buscaban tratamiento (70%) se decantaron algo menos. Los datos del NICE (2011) también sugieren que los pacientes con TAG prefieren la TCC porque no presenta los efectos secundarios de la farmacoterapia.

2. La **probabilidad de cumplimiento** del tratamiento:

Un aspecto clave cuando se analiza la viabilidad de la psicoterapia es el problema de los **abandonos** en la misma. Los abandonos son una realidad que afecta tanto a las intervenciones que se realizan en contextos de investigación como en la práctica clínica habitual y pueden responder, entre otras cuestiones, a la discrepancia entre la oferta y la demanda que se da en la práctica clínica habitual.

El problema de los abandonos en psicoterapia va a ser analizado de forma extensa en el capítulo 3 del presente trabajo dado que tiene un papel clave al establecer la verdadera eficacia de la intervención psicológica. Es importante incluir en el cálculo de los pacientes mejorados y recuperados a todos los pacientes con intención de tratarse, independientemente de que finalizaran o no el tratamiento, en caso de no hacerlo los datos obtenidos sobrestimarían los resultados. En caso de que los clientes que abandonan no mejoren o lo hagan en menor grado comparándolos con los que completan el tratamiento, no podrán beneficiarse de los tratamientos psicológicos, por eficaces que estos hayan demostrado ser en investigaciones controladas.

3. La **facilidad de propagación** del tratamiento entre los profesionales:

Un elemento clave en la propagación de los tratamientos eficaces es la formación que reciben los clínicos que tienen que aplicarlos (ya sean terapeutas en formación o clínicos expertos). Para que un tratamiento eficaz esté bien diseminado tiene que haber un número grande de profesionales con competencia suficiente para poder enseñarlo y preparar al máximo de especialistas competentes en su aplicación. Esto implica que los requisitos para el entrenamiento estén bien definidos, que existan oportunidades para el entrenamiento y que se disponga de la tecnología (en ocasiones costosa) y del personal adicional de apoyo necesarios.

Cuando la formación y la supervisión en la aplicación de las intervenciones eficaces son pocas o inexistentes, es difícil que la ejecución sea fiel. Según Barlow et al. (2013), las intervenciones que tienen un considerable apoyo empírico se suelen aplicar con poca frecuencia, siendo las intervenciones que tienen poco apoyo empírico las que se aplican de forma más habitual. De esto se deriva que quienes acuden a un servicio de salud mental no acostumbran a recibir tratamientos con apoyo empírico.

GENERALIZABILIDAD

La eficacia de los tratamientos psicológicos es investigada en contextos que suelen ser poco comparables a los de la práctica clínica habitual. La falta de isomorfismo entre la investigación y la práctica clínica real se puede identificar en las características de los pacientes y de los terapeutas, en los parámetros de periodicidad y duración de las sesiones y en las variables relacionadas con el contexto en el que es aplicado el tratamiento.

Los estudios sobre la utilidad clínica de las intervenciones presentan las siguientes características:

Las muestras de los **pacientes** suelen ser poco homogéneas o sesgadas en relación a aspectos culturales, de sexo y género, evolutivos, etc. Los diagnósticos suelen ser poco rigurosos, los clientes suelen presentar múltiples trastornos interdependientes que pueden requerir el diseño de intervenciones *ad hoc*. Los pacientes no son asignados de forma aleatoria a los grupos, no existe un grupo control de comparación.

Los **terapeutas** suelen tener bastante experiencia profesional, pero su motivación no es quizás la misma que tienen los terapeutas en los ECA. Suelen atender a muchos casos, lo que genera que las oportunidades de preparación y reflexión sobre cada caso sean menores.

El **tratamiento** no acostumbra a estar bien definido y estructurado y su duración es sustancialmente más larga que en las investigaciones. Las intervenciones se aplican teniendo en cuenta todos los problemas que presenta el paciente (suelen presentar comorbilidad).

Los **resultados** se evalúan a través de medidas retrospectivas para la valoración de los resultados del tratamiento.

Estas características distan de las que presentan las investigaciones controladas en contextos artificiales en las que:

En cambio, en las investigaciones los **pacientes** son solicitados o reclutados y seleccionados (trastornos puros), son asignados a los grupos al azar y reciben el tratamiento en centros especializados, lo cual incrementa las expectativas de éxito

Los **terapeutas** suelen estar muy motivados y aunque en ocasiones tienen poca experiencia profesional, están muy bien entrenados y son supervisados durante la aplicación del tratamiento. Suelen tener pocos casos a los que atender.

El **tratamiento** está bien definido y estructurado y tiene una duración limitada. Las intervenciones se aplican de forma estándar y se suelen centrar en un solo problema (la comorbilidad suele ser criterio de exclusión en la muestra).

Los **resultados** se evalúan a través de diferentes métodos y/o instrumentos estandarizados y se recogen de forma programada en diferentes momentos del proceso de intervención. Los evaluadores suelen desconocer el tratamiento que se ha administrado.

La Tabla 29 resume las diferencias entre el contexto de investigación y el de la práctica clínica habitual en distintas variables.

Tabla 29. Diferencias entre la investigación y la práctica clínica (Echeburúa y Corral, 2001).

VARIABLES	INVESTIGACIÓN	PRÁCTICA CLÍNICA
Pacientes	- Homogéneos - Sin comorbilidad	- Heterogéneos - Con diversos trastornos
Terapeutas	- Muy motivados, pero con poca experiencia	- Con menor motivación, pero con mayor experiencia profesional y mucha carga de trabajo
Tratamiento	- Contenido rígido - Número prefijado de sesiones - Menor número de sesiones	- Contenido flexible - Sin limitaciones prefijadas en el nº de sesiones - Mayor número de sesiones
Seguimiento	- Largos (6-12 meses)	- Cortos o inexistentes

Si los resultados obtenidos en los contextos de investigación son extrapolables a los contextos clínicos naturales existe generalizabilidad. Las principales formas de estudiar la capacidad de generalización de los tratamientos investigados son los cuatro que se presentan a continuación, siendo los dos últimos los más rigurosos:

- Encuestas: estudios retrospectivos (p.e. Consumer Reports, 2004)
- Realizar estudios retrospectivos no controlados en centros clínicos y comparar los resultados con los obtenidos en investigaciones controladas. Algunos de los estudios que se han realizado para comprobar la Utilidad clínica de la TCC serán expuestos en el apartado 2.2 del presente trabajo.
- Aplicación de forma prospectiva en la práctica clínica habitual de los tratamientos identificados como eficaces en investigaciones controladas. Una vez se obtienen los resultados en la práctica clínica habitual se comparan con los que se habían obtenido en la investigación controlada para ver si son comparables.
- Comparar de forma prospectiva en contextos clínicos naturales diferentes tratamientos identificados como eficaces en contextos controlados (se trata de un método que tiene más validez interna que el anterior).

EFICIENCIA

La eficiencia implica optimizar los resultados de la eficacia, es decir, lograr el efecto que se persigue con los mínimos recursos o en el menor tiempo posible. Aplicada a la psicoterapia la eficiencia contrapone los costes a los beneficios para el paciente y para el entorno generados por la aplicación de

la intervención. Barlow et al. (1998) diferencian entre dos tipos de costes derivados de los problemas psicológicos: los costes para el paciente y para la sociedad de la aplicación de la intervención y los costes para el paciente y para la sociedad de no aplicar una intervención eficaz. Pérez Álvarez y García Montes (2003) consideran que el análisis de la eficiencia se realiza a tres niveles: el coste directo del tratamiento para el paciente o el sistema proveedor del servicio, el coste directo para la comunidad y el coste indirecto para la sociedad. Los beneficios son esperables a diferentes niveles: personal, sanitario y social. Una simplificación del concepto de eficiencia sería pensar que se trata de una simple reducción del gasto; en ese caso cometeríamos un error (Echeburúa y Corral, 2001). La calidad no tiene que verse perjudicada o reducida por abaratar los servicios. Son más eficientes las intervenciones más breves, menos costosas, más auto-aplicadas y las que se llevan a cabo en grupo, eso sí, a igualdad de eficacia.

La eficiencia es un componente esencial en la Utilidad clínica pero no va a ser desarrollada en el presente trabajo, dado que no es uno de los objetivos que se van a plantear en la parte empírica del mismo.

La confianza en la utilidad clínica reflejada en estas tres dimensiones (viabilidad, generalizabilidad y eficiencia) debe estar basada en métodos objetivos y sistemáticos para evaluar estas características del tratamiento cuando son aplicadas en la práctica real. En algunos casos, habrá ensayos clínicos aleatorizados. Más frecuentemente, los datos provendrán de observaciones clínicas cuantificadas (series de replicación clínica) o de otras estrategias como los cálculos económicos sanitarios Barlow et al. (1998).

Los resultados obtenidos hasta el momento aplicando los protocolos clínicos de TCC para diferentes problemas psicológicos, validados en contextos de investigación, indican que se pueden aplicar en práctica privada, hospitales generales y/o centros de salud mental con resultados muy similares. En el siguiente punto del trabajo analizaremos dichos resultados derivados de investigaciones que valoran la utilidad clínica de determinados tratamientos para trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la conducta alimentaria.

3.2 GENERALIZABILIDAD EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD, TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

En relación a las investigaciones sobre la utilidad clínica, la cantidad de estudios publicados y MA es menor respecto a las publicaciones sobre eficacia. Se analizarán los datos provenientes de MA y revisiones (como se ha comentado en el apartado 1.2), siempre que sea posible, con datos pre-post de las muestras estudiadas en contextos de la práctica clínica habitual. También se analizarán estudios clínicos concretos para completar el análisis. No hemos encontrado estudios de generalizabilidad que estudien la eficacia de la TCC en relación a la lista de espera, a condiciones control, al placebo (farmacológico y psicológico) y a otros tratamientos.

A continuación se comentarán los estudios recientes sobre la eficacia de la TCC en la práctica clínica habitual con muestras heterogéneas de pacientes, y, cuando se disponga de la información, estos resultados se compararán con los que se han hallado en las investigaciones controladas sobre eficacia.

Brunnbauer et al. (2016) estudiaron la utilidad clínica de la terapia que ofrecían en el Centro Clínico de la Universidad de Psicología del Sud de Australia, aplicada por terapeutas en formación, en el que se administra TCC, Terapia de esquemas y Terapia de Aceptación y Compromiso en función de la complejidad de los casos y de la comorbilidad que presenten con trastornos de la personalidad. Los investigadores se plantearon a su vez, ofrecer un perfil clínico de los clientes que atendían y desarrollar un modelo predictivo de los abandonos en la práctica clínica. Constituyeron la muestra 82 clientes presenciales (principales diagnósticos: 29% depresión y 28% trastornos de ansiedad) y 20 clientes atendidos por video-conferencia (65% trastornos de ansiedad y 20% depresión) que fueron visitados entre marzo de 2011 y agosto de 2013. Los TE pre-post para el CORE-10 fueron: $d=0,35$ (video-conferencia) y $d=0,84$ (presenciales). Las puntuaciones en esta medida en el postratamiento indicaron que el 52,4% de los clientes presenciales y el 41,2% de los atendidos por video-conferencia presentaban puntuaciones por debajo del punto de corte (<10). Los investigadores no calcularon el índice de cambio fiable dado que disponían de tan solo dos medidas repetidas.

3.2.1. GENERALIZABILIDAD EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Tamaños del efecto pre-post en MA

Van Ingen et al. (2009) llevaron a cabo un MA de 11 estudios y 973 clientes sobre la utilidad clínica de la TCC. Las características de los estudios fueron: estar conducidos en la práctica clínica habitual (no en clínicas universitarias, los clínicos tenían la carga de trabajo habitual y los clientes presentaron comorbilidad en un 51,1% de los casos). Calcularon el TE a partir de la diferencia de medias ponderada dado que los tamaños de las muestras de los estudios fueron muy variados (de 18 a 401 sujetos). Los TE en el postratamiento fueron 1,35 en los síntomas de ansiedad y 0,96 para los síntomas depresivos. Los resultados del seguimiento fueron 1,14 en síntomas de ansiedad y 1,12 en síntomas depresivos. Los resultados indican que la TCC aplicada en la práctica clínica real para los problemas de ansiedad es eficaz y propicia un decremento de la sintomatología ansiosa y también para la depresiva.

Hans y Hiller (2013a) realizaron un MA con 71 estudios no aleatorizados y 3625 clientes que completaron el tratamiento y 1793 que lo iniciaron sin completarlo. Estudiaron la eficacia de la TCC individual y grupal en la práctica clínica real para algunos trastornos de ansiedad: Ansiedad Social, Trastorno de pánico, TEPT y TOC. Los TE pre-post fueron grandes en medidas específicas del trastorno para los que completaron el tratamiento ($d= 0,90-1,91$), en medidas de ansiedad los TE oscilaron entre 0,66 y 1,09; y en medidas de ansiedad general entre 0,42 y 0,97. Para los pacientes con intención de tratarse los TE en medidas específicas oscilaron entre ($d=0,67-1,45$) y en ansiedad general fueron de pequeños a grandes ($d= 0,24-0,97$). Los TE para cada trastorno concreto (Trastorno de pánico, TEPT y TOC) podrán encontrarse en las tablas correspondientes. Los resultados de este MA muestran que a menor número de sesiones se obtuvieron TE más bajos.

Los resultados de estos dos MA que estudiaron la utilidad clínica de la TCC para trastornos de ansiedad demuestran que los resultados obtenidos en contextos clínicos habituales (d de Cohen = 0.9–1,9) son similares a los obtenidos con ECA (Van Ingen et al. 2009; Hans y Hiller, 2013a).

Tamaños del efecto pre-post en estudios

Castilla Baylos et al. (2005) llevaron a cabo un **estudio** para determinar la eficacia de la TCC para los trastornos de ansiedad en la práctica clínica habitual y luego poder compararla con la derivada de los contextos de investigación. La muestra estuvo constituida por 94 clientes con trastornos de ansiedad, de los cuales la mayoría presentaban fobia social (36,2%) y trastorno de pánico (31,9%). El programa multicomponente de tratamiento estuvo integrado por las siguientes técnicas: relajación, RC, exposición, autoinstrucciones, habilidades de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y biblioterapia. Los TE (calculados como la diferencia de medias entre el pre y el postratamiento

dividida por la desviación estándar de las puntuaciones del pre-tratamiento) que obtuvieron fueron muy grandes: 2,11 (medidas pre-post a partir de los criterios diagnósticos DSM-IV) y 1,39 (medidas pre-post de test estandarizados). Llegaron a la conclusión que los clientes con ansiedad se benefician de los programas multi-componente en la práctica clínica habitual, obteniendo resultados parecidos a los que se obtienen en las investigaciones.

DiMauro et al. (2013) llevaron a cabo un **estudio** para examinar la utilidad clínica a largo plazo de la TCC con clientes que presentaban trastornos de ansiedad en un contexto de práctica clínica habitual. La muestra estuvo constituida por 231 clientes (con datos en el postratamiento) que se visitaron entre Septiembre del 2003 y Agosto del 2015, de los cuales llegaron 181 al seguimiento a 1 año y 50 abandonaron. Los TE del pre tratamiento al seguimiento, para los diferentes trastornos de ansiedad, oscilaron entre ($d = 1,2-1,6$). Los TE concretos para cada trastorno analizado se pueden encontrar en las Tablas correspondientes (32: Trastorno de pánico; 36: Fobia social; 38: TAG y 42: TOC).

Wootton et al. (2015) llevaron a cabo un **estudio** prospectivo con 98 clientes en un centro clínico de pago, para comprobar si los resultados de la TCC para trastornos de ansiedad se mantenían en los seguimientos realizados hasta tres años tras finalizar el tratamiento. Los resultados indicaron que en el seguimiento a los 3 años, los clientes tratados mejoraban los resultados alcanzados en el postratamiento. Los TE en el postratamiento fueron grandes para las dos medidas que utilizaron: el CGI-S ($d = 1,11-1,60$) y el SDS ($d = 0,97-1,18$). Los resultados detallados pueden consultarse en la Tabla 30.

Significación clínica en trastornos de ansiedad

Los datos de significación clínica que describimos en este apartado no se basan en MA.

En el estudio de Hunt y Andrews (1998) 124 completaron el tratamiento, de los cuales 93 completaron la batería de cuestionarios. El 43% (40 clientes: 17 con trastorno de pánico, 15 con agorafobia y 8 con fobia social) de los 93 clientes no cumplían criterios diagnósticos en el seguimiento. Un total de 24 clientes de los 40 que acabamos de mencionar (60%) se mostraron totalmente recuperados en el postratamiento. El 9,7% seguían cumpliendo criterios diagnósticos al finalizar el tratamiento pero dominaron el trastorno en el seguimiento. El 34,4% seguían mateniendo el trastorno en el postratamiento y en el seguimiento. El 12,9% presentaron una recaída en el seguimiento. En el seguimiento a los cinco años, un 78% de 104 clientes reportaron estar libres de síntomas.

Castilla Baylos et al. (2005) hallaron que para todos los trastornos de ansiedad, un 81,7% de los clientes presentaron en el postratamiento una reducción del 50% de los síntomas de ansiedad (criterio que utilizaron los investigadores para determinar la mejora). Cuando la reducción del 50% en los síntomas de ansiedad se valoró con los tests estandarizados la presentaron un 73,9% de los clientes.

DiMauro et al. (2013) calcularon los porcentajes de clientes mejorados y recuperados. El criterio seguido para valorar la mejora desde el pre-tratamiento fue: puntuación de 1 ("muy mejorado"),

puntuación 2 (“bastante mejorado”) en el Clinical Global Impressions-I (CGI, Guy, 1976). Para valorar la recuperación el criterio fue: puntuación de 1 (“población normal, sin trastorno”), puntuación 2 (“al límite de la enfermedad”) en el Clinical Global Impressions-S (CGI, Guy, 1976) y una puntuación de 6 o menos en el SDS que indica un buen funcionamiento en las tres áreas de trabajo, familia y social (Sheenan et al., 2011). El porcentaje de pacientes mejorados fue un 62% en el postratamiento y un 77% de este 62% en el seguimiento a un año. En relación a los clientes recuperados fueron un 43% en el postratamiento y un 85% de este 43% en el seguimiento.

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la utilidad clínica de la TCC para los trastornos de ansiedad observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,92 y 2,11. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 62% y el 81,7%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron entre el 32% y el 43% y el rango de los que dejaron de cumplir criterios diagnósticos estuvo entre el 32,5% y el 42,5%.

Tabla 30. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre **Trastornos de Ansiedad.**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post
MA <i>d</i> de Cohen				
Van Ingen et al. (2009)	Síntomas de ansiedad	TCC post	11	1,35 (sin I.C.)
MA 11 estudios y 973 clientes	Síntomas depresivos	Seguimiento	5	1,14 (sin I.C.)
		TCC post seguimiento	11 4	0,96 (sin I.C.) 1,12 (sin I.C.)
Hans y Hiller (2013a)		TCC completan:		
71 estudios no aleatorizados y 3625 clientes completan, 1793 clientes ITT	Medidas específicas			0,90-1,91
	Medidas depresión			0,66-1,09
	Medidas ansiedad gral			0,42-0,97
		TCC empiezan tratamiento:		
	Medidas específicas			0,67-1,45
	Medidas ansiedad gral			0,24-0,97
Estudios				
Castilla Baylos et al. (2005) N= 94 clientes	Medidas principales de tr. ansiedad	TCC (Criterios diagnósticos DSM-IV)		2,11 (sin I.C.)
		TCC (Test estandarizados)		1,39 (sin I.C.)
DiMauro (2013) N=181 clientes		TCC seguimiento 1 año		1,20-1,60
Wootton et al. (2015) ECA 98 clientes en centro de pago	CGI-S SDS	TCC postratamiento		
				1,11 (0,61-1,59) 0,97 (0,53-1,39)
	CGI-S SDS	TCC seguimiento 3 años		
				1,60 (1,11-2,06) 1,18 (0,72-1,62)

Sin I.C.: los autores no reportan el Intervalo de Confianza.

Tabla 31. Resumen de los porcentajes de clientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir criterios diagnósticos para los estudios de **Trastornos de Ansiedad.**

AUTORES	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Hunt y Andrews (1998) Pánico (con o sin agorafobia) y agorafobia N= 41 tr. de pánico N=43 agorafobia N=40 fobia social	Recuperación: no presentar discapacidad debida a la ansiedad ni buscar tratamiento a raíz de la misma.	TCC intensiva	43% (postratamiento y seguimiento a 2 años) 9,7% (sólo en seguimiento)	N=40: 60%	
Castilla Baylos et al. (2005) N= 94 clientes con trastornos de ansiedad	Mejora: reducción del 50% en la sintomatología ansiosa	TCC TCC (Test estandarizados)	81,7% 73,9%		
DiMauro et al. (2013) N= 181 clientes con trastornos de ansiedad	Mejora: puntuación de 1 ("muy mejorado"), puntuación 2 ("bastante mejorado") en el Clinical Global Impressions-I Recuperación: puntuación de 1 ("población normal, sin trastorno"), puntuación 2 ("al límite de la enfermedad") en el Clinical Global Impressions-S / puntuación de 6 o menos en el SDS.	TCC postratamiento TCC seguimiento 1 año Recaídas (seguimiento)	62% 77% del 62% del post 23%	43% 85% del 43% del post 15%	

3.2.1.1. GENERALIZABILIDAD DE LA AGORAFOBIA Y DEL PÁNICO (CON O SIN AGORAFOBIA)

Tamaños del efecto pre-post

Stewart y Chambless (2009) realizaron un MA con 56 estudios para comprobar la Utilidad clínica de la TCC en clientes adultos que presentaban trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad social, TAG, TEPT y TOC). En el caso del trastorno de pánico hallaron a través de nueve estudios, que los TE pre-post para medidas específicas fueron: ataques de pánico se derivó de nueve estudios (1,01); evitación se derivó de catorce estudios (0,83) y el miedo al miedo se derivó de once estudios (1,23). La TCC se mostró altamente eficaz en la práctica clínica habitual, aunque con resultados algo inferiores a los obtenidos en investigaciones.

En el MA de Hans y Hiller (2013a) analizaron 20 estudios de trastornos de pánico para los clientes que completaron el tratamiento y hallaron que para medidas específicas del trastorno el TE pre-post fue grande ($d=0,93$), igual que en depresión (0,95) y ansiedad general (0,97) y los resultados se mantuvieron en seguimientos a los 6-12 meses. En el caso de los clientes que habían iniciado el tratamiento y no lo completaron los TE fueron: 0,81 en medidas específicas del trastorno, 0,96 en depresión y 0,94 en medidas de ansiedad general. El hecho de que la mayoría de estudios que fueron incluidos en el MA fueran de alta calidad conduce a pensar que seguramente los tratamientos se aplicaron en entornos orientados a la investigación.

Hahlweg et al. (2001) investigaron si el tratamiento con exposición muy intensiva (práctica de 4 horas al día durante 2 ó 3 semanas) era eficaz en una muestra de 416 clientes, a los que se les aplicó variando la intensidad en función de sus necesidades. Los investigadores midieron los resultados de eficacia en el postratamiento y en el seguimiento calculando los TE según la fórmula propuesta por Cohen. Los TE en el postratamiento fueron: 0,93 (BDI) y 1,82 (Inventario de Movilidad solo). En el seguimiento a un año los TE fueron: 0,92 (BDI) y 1,70 (Inventario de Movilidad solo).

Sanz et al. (2005) llevaron a cabo un estudio en el marco de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, para determinar la utilidad clínica de un programa multi-componente (psicoeducación, relajación, exposición y RC). La muestra estuvo constituida por 30 clientes que padecían trastorno de pánico (con o sin agorafobia). Comprobaron que el programa multi-componente fue eficaz al tratar el pánico ($d=1,68$). Los investigadores observaron que los tratamientos eficaces de la TCC pueden funcionar igual de bien en el contexto de la práctica clínica habitual.

DiMauro et al. (2013) en su estudio analizaron los resultados en el **seguimiento a un año** en una muestra de 21 clientes con trastorno de pánico con agorafobia y el TE pre-post fue 1,55.

Ballesteros y Labrador (2014) estudiaron la eficacia de la TCC en 50 clientes con trastorno de pánico tratados en la Clínica Universitaria de la Universidad Complutense de Madrid. Los TE en

diferentes medidas fueron: 1,41 (BDI-II), 3,57 (Cuestionario de sensaciones) y 1,07 (Cuestionario de cogniciones). Los cambios en las tres escalas fueron significativos. Los resultados fueron comparables a los obtenidos en los ECA sobre eficacia de la TCC para el este tipo de problemas. El detalle de los resultados pueden consultarse en la Tabla 32.

Agorafobia/Trastorno de pánico significación clínica

El porcentaje de clientes mejorados en el postratamiento en el estudio de Hahlweg et al. (2001) fue del 81% (un 8,5% consiguieron una mejora pequeña). Consiguieron recuperarse un 55% de los clientes en el postratamiento y un 59% en el seguimiento. Tomando como medida las conductas de evitación, se recuperaron un 68% de los clientes en el postratamiento y un 70% en el seguimiento. Los resultados detallados pueden consultarse en la Tabla 33.

Addis et al. (2004) compararon en una muestra de 80 clientes con trastorno de pánico (73% con agorafobia) la eficacia del Tratamiento del Control del Pánico de Barlow et al. (1989) (manualizado basado en la evidencia y aplicado por terapeutas noveles entrenados) frente el TH para el pánico en la práctica clínica habitual. Hallaron que de los clientes que finalizaron el tratamiento un 42,9% (TCC) y un 18,8% (TH) alcanzaron una mejora estadísticamente significativa. Los resultados fueron sustancialmente inferiores en la muestra de intención de tratarse: 31,7% (TCC) y 22% (TH); y también para los clientes que interrumpieron el tratamiento: 20,9% (TCC) y 28,3% (TH). Ambos grupos presentaron cambios significativos del pre al postratamiento siendo mejores los resultados de los que recibieron TCC.

Sanz et al. (2005) hallaron que en el postratamiento la TCC aplicada en el contexto clínico habitual presentaba buenos porcentajes de pacientes mejorados. La mejora se midió a través de dos criterios: el porcentaje de clientes que estaban libre de ataques de pánico y el porcentaje de clientes que no cumplían criterios diagnósticos (DSM-IV) para trastorno de pánico con o sin agorafobia. En concreto mejoraban entre un 86% y un 93% de los clientes: un 93,3% no experimentaban ataques de pánico y un 86,7% no presentaba ninguno de los criterios sintomáticos del trastorno de pánico.

En el estudio de Rosenberg y Hougaard (2005) un 47,2% de los clientes estaban libres de ataques de pánico (el 12,5% en el grupo de lista de espera) en el postratamiento, resultados que mejoraron en el seguimiento a los 18 meses.

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la utilidad clínica de la TCC para la agorafobia y el trastorno de pánico (con o sin agorafobia) observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,81 y 1,67. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 43% y el 93%. Respecto a los pacientes recuperados, los porcentajes estuvieron entre el 47,2% y el 93% y el rango de los que dejaron de cumplir criterios diagnósticos estuvo alrededor del 86,7%.

Tabla 32. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre **Agorafobia y Trastorno de Pánico**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de TE	TRATAMIENTO	K	TE Pre-post
MA				
Stewart y Chambless (2009) MA 9 estudios clínicos	Medidas principales pánico	TCC		
		Ataques de pánico	9	1,01 (0,77-1,25)
		Evitación	14	0,83 (0,60-1,06)
		Miedo al miedo	11	1,23 (0,92-1,54)
		Ansiedad general	14	1,02 (0,77-1,26)
Hans y Hiller (2013a) MA 20 estudios	Medidas específicas Depresión Ansiedad general	TCC completaron	19	0,93 (0,74-1,12)
			14	0,95 (0,78-1,13)
			14	0,97 (0,76-1,17)
	Medidas específicas Depresión Ansiedad general	TCC no completaron	6	0,81 (0,43-1,18)
			5	0,96 (0,66-1,25)
			5	0,94 (0,57-1,32)
Estudios				
Hahlweg et al. (2001) N= 416		TCC intensiva post		0,93 (Sin I.C.)
				1,82 (Sin I.C.)
				1,16 (Sin I.C.)
		TCC int. seguimiento		0,92 (Sin I.C.)
				1,70 (Sin I.C.)
				1,16 (Sin I.C.)
Sanz et al. (2005) Pánico (con o sin agorafobia) N= 30 clientes tr. de pánico: 53,3% (Con agoraf.) y 46,7% (Sin agoraf)	Medidas principales del pánico	TCC –PM-		1,68 (Sin I.C.)
			TE: d de Cohen	
DiMauro et al. (2013) N= 21 clientes	TE: d de Cohen	TCC seguim 1 año	1	1,55 (Sin I.C.)

K, número de comparaciones; (Sin I.C.): El artículo no reporta los Intervalos de Confianza.

Tabla 33. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios de **Agorafobia y Trastorno de Pánico**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Hahlweg et al. (2001) N= 416	Mejora: mejora fiable Recuperación: cambio clínicamente significativo.	TCC intensiva	81% Postratamiento	55% postratamiento	
			79% Seguimiento 1 año	59% Seguimiento a 1 año	
			Conductas evitativas: 68% Postratamiento 70% seguimiento		
Addis et al. (2004) N= 80	Mejora: cambio estadísticamente fiable	Finalizaron el tratamiento:	TCC control del pánico	42,9%	
			TH	18,8%	
			Empezaron el tratamiento:	31,7%	
			TCC control del pánico	22%	
			TH		
			Abandonaron:	20,9%	
	TCC control del pánico	28,3%			
	TH				
Sanz et al. (2005) N= 30 clientes con trastorno de pánico (con o sin agorafobia)	Mejorados: el porcentaje de clientes que estaban libre de ataques de pánico y el porcentaje de clientes que no cumplían criterios diagnósticos (DSM-IV) para trastorno de pánico con o sin agorafobia	TCC multi-componente	86%-93%	93,3% (sin AP)	86,7%
Rosenberg y Hougaard (2005)				47,2% libres de ataques de pánico 12,5% libres estando en lista de espera	

3.2.1.2. GENERALIZABILIDAD DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS

Hemos localizado muy pocos trabajos sobre la utilidad clínica de las fobias específicas y los localizados son principalmente sobre el miedo a volar.

Tamaños del efecto pre-post

No hemos localizado investigaciones de utilidad clínica que reporten TE pre-post en el caso de la Fobia específica.

Fobia específica significación clínica:

En relación al miedo a volar, Bornas et al (2002) llevaron a cabo dos estudios (E1 y E2) para comprobar la utilidad clínica del tratamiento de exposición asistida por ordenador (tratamiento que se había mostrado eficaz en ECA realizados en contexto de investigación) aplicada por terapeutas con poca experiencia. Las muestras estuvieron constituidas por 12 clientes en Mallorca (E1) y 8 clientes en Alemania (E2). El tiempo medio que los clientes estuvieron en contacto con el programa fue algo más de tres horas (rango 91-303 minutos). Los resultados, evaluados mediante medidas específicas de la fobia a volar, mostraron que los cambios terapéuticos fueron clínicamente significativos. Un 90% mejoraron y los clientes recuperados fueron un 60%. Las diferencias en los resultados en ambos estudios no fueron estadísticamente significativas.

Otro estudio realizado con clientes que padecían miedo a volar fue el de Van Gerwen et al. (2002). Los investigadores probaron la utilidad clínica de dos programas de tratamiento: un programa conductual grupal de un día de duración y un programa grupal basado en la TCC de dos días de duración. La muestra inicial estuvo comprendida por 1.026 clientes (un 10% nunca habían volado) pero solo se tuvieron datos completos de 757. Se obtuvieron buenos resultados, valorados por medidas auto-administradas de fobia a volar. Valorando los resultados de las dos intervenciones se comprobó que el 90% de los clientes mejoró de forma significativa y el 73% se consideraron recuperados. Entre los 6 y los 24 meses tras la finalización del tratamiento, un 25% de los clientes recibieron una sesión de recordatorio de los recursos trabajados.

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la utilidad clínica de la TCC para las fobias específicas observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0.90 y 1,92. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 60% y el 90% y los recuperados entre el 60% y el 73%.

Tabla 34. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre **Fobia específica**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	N	T.E. Pre-post
--	---	-------------	---	------------------

K, número de comparaciones; (Sin I.C.): El artículo no reporta los Intervalos de Confianza.

Tabla 35. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios de **Fobia específica**.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Bornas et al (2002) E1= 12 clientes E2= 8 clientes	En el estudio no se especifican los criterios: se midió el cambio estadísticamente significativo a través del cuestionario de miedo a volar.	Exposición asistida por ordenador	90%	60%	
Van Gerwen et al. (2002) N= 757	Mejora: cambio fiable (Jacobson y Truax, 1991) Recuperación: efecto clínicamente significativo	Entrenamiento conductal 1 día Entrenamiento TCC 2 días	90%	73%	

3.2.1.3. GENERALIZABILIDAD DE LA FOBIA SOCIAL

Tamaños del efecto pre-post en MA

En el MA de Stewart y Chambless (2009) el TE pre-post para la fobia social se derivó de once estudios y fue alto en medidas específicas del trastorno (1,04) y moderado en depresión (0,73). En las medidas específicas los resultados son comparables a los obtenidos en estudios de eficacia.

Según el MA de Hans y Hiller (2013a) con 16 estudios, el TE pre-post obtenido por lo clientes que completaron el tratamiento fue grande en medidas específicas del trastorno (0,90) y moderado en depresión (0,66) y ansiedad general (0,58) y los resultados se mantuvieron en seguimientos a los 6-12 meses. Para los clientes que iniciaron el tratamiento sin completarlo los TE fueron: 0,67 en medidas específicas de fobia social y 0,54 en medidas de depresión. De nuevo, los estudios incluidos fueron de alta calidad en general por lo es posible que la mayoría pudieron ser realizados en entornos orientados a la investigación.

Para el detalle de los MA anteriores véase la Tabla 36.

Tamaños del efecto pre-post en estudios

Lincoln et al. (2003) estudiaron la utilidad clínica de la TCC (exposición y auto-exposición prolongadas combinadas con RC) para la fobia social (según el DSM-III-R). En este caso la terapia consistió en un tratamiento intensivo de 6 a 8 horas diarias durante una semana con el terapeuta y una la fase de auto-aplicación a base de contactos telefónicos o bien en persona supervisada por el terapeuta. Los resultados mostraron que la TCC individual aplicada en la práctica clínica habitual daba lugar a resultados similares a los obtenidos en investigaciones controladas. Los TE pueden consultarse en la Tabla 36.

González al. (2010) llevaron a cabo un estudio con 53 clientes diagnosticados de fobia social (DSM-IV-R). Al 62,35 de la muestra se les trató con un programa multicomponente de la TCC (psicoeducación, técnicas de relajación, RC, EHS y exposición) y al resto con la combinación de algunas de estas técnicas. El TE pre-postratamiento en medidas específicas para la fobia social fue 1,37.

Labrador y Ballesteros (2011) estudiaron la utilidad clínica de los tratamientos para la fobia social aplicados a 71 clientes en una Clínica Universitaria de Psicología. Los tamaños del efecto (d) obtenidos fueron: 1,96 para la Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) y 1,78 para la Escala de temor a la evaluación Negativa (FNE). Comparando los datos obtenidos con estudios sobre la eficacia de la TCC en problemas de ansiedad los investigadores comprobaron que los datos eran comparables.

DiMauro et al. (2013) en su estudio analizaron los resultados en el **seguimiento a un año** en una muestra de 23 clientes con fobia social y el TE pre-post fue 1,18.

Fobia social significación clínica

Los datos derivados del estudio de Hunt y Andrews (1998) indican que un 15% de los 8 clientes que habían padecido fobia social se consideraron recuperados (no presentaban ningún problema derivado de la ansiedad y no habían buscado ningún tratamiento debido a la misma) en el postratamiento.

En el estudio de Lincoln et al (2003), un 56% de los clientes que terminaron el tratamiento (N=175) presentaron una mejora estadísticamente significativa en relación a sus miedos sociales, un 66% en relación a la depresión, un 54% en relación al deterioro general y un 64% en relación a los miedos relacionados. Un 2% empeoraron y un 57% pertenecían a la población funcional seis semanas después de haber finalizado el tratamiento.

En el estudio de Labrador y Ballesteros (2011), el 64,1% de los clientes mejoraron en el postratamiento, habían alcanzado los objetivos terapéuticos y consiguieron el alta. Dichos logros se mantuvieron en el seguimiento.

En el estudio de González al. (2010), el 61,1% de los clientes que recibieron tratamiento psicológico basado en técnicas de la TCC mejoraron en el postratamiento. La mejora (o éxito terapéutico según lo definen los autores) consistió en primer lugar en que los clientes recibieran el alta al haberse cumplido los criterios marcados por el terapeuta en la evaluación pre-tratamiento y, en segundo lugar, los clientes (N=24) que habían conseguido una reducción del 50% en las medidas de sintomatología ansiosa en el postratamiento.

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la generalizabilidad de la TCC para la fobia social observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,67 y 1,96. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 56% y el 64,1%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron entre el 15% y el 57% y el porcentaje de los que dejaron de cumplir criterios diagnósticos estuvo alrededor del 20%.

Tabla 36. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre **Fobia Social**.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post
MA				
Stewart y Chambless (2009) MA 11 estudios clínicos	Medidas principales fobia social TE= g de Hedges	TCC Síntomas Ansiedad social	11	1,04 (0,79-1,29)
Hans y Hiller (2013a) MA 16 estudios	Medidas específicas Depresión Ansiedad general	TCC completaron	15 13 6	0,90 (0,80-0,99) 0,66 (0,53-0,80) 0,58 (0,37-0,79)
	Medidas específicas Depresión	TCC no completaron	9 7	0,67 (0,58-0,76) 0,54 (0,41-0,68)
Estudios				
González et al (2010) N=53 clientes	Medidas específicas de fobia social (FNE, SAD)	TCC multicomponente o combinación de técnicas		1,37 (Sin I.C.)
Lincoln et al (2003) N= 217 clientes con fobia social y 57 terapeutas en 4 centros clínicos alemanes.	SPS SIAS BDI Satisfacción con salud SCL-90 GSI TE: d de Cohen	TCC intensiva post		0,88 0,86 0,68 0,89 0,71
Labrador y Ballesteros (2011) N= 71 clientes	Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) Escala de temor a la evaluación Negativa (FNE) BDI-II TE= g de Hedges		15 18	1,96 (Sin I.C.) 1,78 (Sin I.C.) 1,76 (Sin I.C.)
DiMauro et al. (2013) N= 23 clientes con fobia social	TE: d de Cohen	TCC seguimiento 1 año	1	1,18 (Sin I.C.)

K, número de comparaciones; Sin I.C.: El artículo no reporta los Intervalos de Confianza.

Tabla 37. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios de **Fobia Social**.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Hunt y Andrews (1998) N= 8 clientes	Recuperación: no presentaban ningún problema derivado de la ansiedad y no habían buscado ningún tratamiento debido a la misma	TCC		15%	20%
Lincoln et al. (2003) N= 217 clientes	Mejora: cambio estadísticamente significativo. Recuperación: pertenecer a la población funcional	TCC	56%	57% (a 6 semanas del post)	
Labrador y Ballesteros (2011) N= 71 clientes	Mejora: pacientes que alcanzan los objetivos terapéuticos al finalizar el tratamiento y los mantienen en el seguimiento.	TCC	64,1%		
González et al. (2010) N= 53	Mejora: recibir el alta tras cumplir objetivos y conseguir una reducción pre-post del 50% en medidas específicas de fobia social.	TCC multicomponente o combinación de técnicas	61,1%		

3.2.1.4. GENERALIZABILIDAD EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Tamaños del efecto pre-post en MA

En el MA de Stewart y Chambless (2009), los TE pre-post para el TAG se derivaron de once estudios y fueron altos y comparables a los obtenidos en estudios de eficacia, tanto para las medidas específicas del trastorno (0,92) como para la depresión (0,89) (Véase Tabla 38).

Tamaños del efecto pre-post en estudios

Linden et al (2005) llevaron a cabo un estudio con 72 clientes diagnosticados con TAG (DSM-IV), sin comorbilidad y que no tomaban fármacos. Asignaron a los clientes de forma aleatoria a dos grupos de 36 clientes: un grupo que recibió 25 sesiones de tratamiento con TCC (grupo A) y el otro un grupo control. Tras un primer ensayo los clientes asignados al grupo control también recibieron TCC (grupo B). Los terapeutas trabajaban en la práctica privada y recibieron supervisión. Los TE pre-post en el grupo control fueron: 0,18 para el HAMA y 0,12 para el STAI-S. Para los grupos experimentales los TE fueron: 1,00 para el HAMA y 0,60 para el STAI-S (grupo A) y 1,17 para el HAMA y 0,44 para el STAI-S (grupo B).

Kehle (2008) estudió la generalizabilidad de la TCC para el TAG en una muestra de 29 clientes. El TE en la medida específica del TAG (PSWQ) fue 0,96 para los clientes que completaron el tratamiento y 0,22 para todos los clientes que lo iniciaron. En medidas de depresión (BDI) el TE fue 0,76 para los que completaron y 0,28 para todos los que iniciaron.

DiMauro et al. (2013) en su estudio analizaron los resultados en el **seguimiento a un año** en una muestra de 24 clientes con fobia social y el TE pre-post fue 1,64.

Significación clínica del TAG

Durham et al. (1994) compararon la utilidad clínica de la TC respecto a la psicoterapia analítica y el entrenamiento en el manejo de la ansiedad en una muestra de 110 clientes diagnosticados de TAG (DSM-III-R) y con comorbilidad, de los cuales 80 finalizaron el tratamiento (N=35 que recibieron TC). Los clientes fueron asignados en ambos tratamientos (TC y psicoterapia analítica) a las condiciones de bajo (8-10 horas de sesión en 6 meses) y alto contacto (16-20 horas de sesión en 6 meses) con el terapeuta. Los clientes asignados al entrenamiento en manejo de la ansiedad estuvieron en la condición de bajo contacto. Los resultados obtenidos por la TC en el postratamiento fueron buenos dado que los 22 clientes analizados mejoraron (desde mejora leve a considerarse que estaban mejor) y, en cuanto al porcentaje de clientes recuperados, fueron un 68% (BSI) y un 37% (STAI-T) (Véase Tabla 39). Cinco años más tarde Durham et al. (1999) realizaron un ECA similar al anterior en el que compararon la TC y la psicoterapia analítica en una muestra inicial de 110 clientes y 80 que habían completado el tratamiento. Recogieron datos de medidas autoadministradas de

ansiedad en el postratamiento y en los seguimientos a seis meses y a un año. El porcentaje de clientes mejorados con la TC fue del 64% (frente al 36% con la psicoterapia analítica). Se consideraron recuperados entre un 11% y un 27% de los clientes. Como puede observarse en la condición de alto contacto con el terapeuta los resultados obtenidos fueron comparables a los estudios llevados a cabo en contextos de investigación.

Durham et al. (2004) estudiaron si la intensidad de la TCC para pacientes con TAG era determinante en función del pronóstico (bueno o malo) que estimaban podían tener los clientes. Ofrecieron 3 modalidades de tratamiento: la breve (hasta 5 sesiones de 1h. de TCC durante 6 meses) para los clientes de buen pronóstico y la estándar (hasta 10 sesiones quincenales de 1h. de TCC durante 6 meses) y la intensiva (hasta 20 sesiones semanales de 1h. de TCC) para los que tenían peor pronóstico. Los resultados mostraron que incrementar la intensidad de las sesiones no producía mejores resultados en los clientes con mal pronóstico; no hubo diferencias entre las modalidades estándar e intensiva en el seguimiento a los seis meses (60% de los clientes seguían cumpliendo criterios). En el caso de los clientes con buen pronóstico, a pesar de haber recibido una intervención mucho más breve, solo un 12% seguían cumpliendo criterios diagnósticos (Véase Tabla 39). Una conclusión a la que llegaron los investigadores fue que las características de los clientes podían ser más determinantes que la duración de las intervenciones.

En el estudio de Linden et al. (2005) los resultados mostraron que en los grupos de tratamiento mejoraban y se recuperaban un 45,4% (grupo A) y 75,1% (grupo B). Los resultados de los 44 clientes de los que se tenían datos en el seguimiento a los 8 meses se mantuvieron.

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la generalizabilidad de la TCC para el TAG observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,18 y 1,64. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 11% y el 75,1%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron entre el 11% y el 44%.

Tabla 38. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post
MA				
Stewart y Chambless (2009)	Medidas principales TAG	TCC Ansiedad	11	0,92 (0,77-1,07)
MA 11 estudios clínicos	TE= g de Hedges	Generalizada		
Estudios				
Linden et al (2005)		Grupo A:	36	
N= 72	HAMA			0,18 (Sin I.C.)
	STAI-S			0,12 (Sin I.C.)
		Grupo control:	36	
	HAMA			1,00 (Sin I.C.)
	STAI-S			0,60 (Sin I.C.)
		Grupo B:	32	
	HAMA			1,17 (Sin I.C.)
	STAI-S			0,44 (Sin I.C.)
	Clinical Global Impression Scale (CGI)			
Kehle et al. (2008)		TCC completan		
N= 29 clientes ITT N= 8 clientes completan	PSWQ		8	0,96 (Sin I.C.)
	BDI		8	0,22 (Sin I.C.)
		TCC ITT		
	PSWQ		29	0,76 (Sin I.C.)
	BDI		29	0,28 (Sin I.C.)
	TE: d de Cohen			
DiMauro et al. (2013)	TE: d de Cohen	TCC seguimiento 1 año	1	1,64 (Sin I.C.)
N= 24 clientes con fobia social				

K= Número de comparaciones; (Sin I.C.): El artículo no reporta los Intervalos de Confianza.

Tabla 39. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TAG.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Durham et al (1994) N=35	Mejora: conseguir un cambio clínicamente significativo en términos de mejora auto-valorada. Recuperación: alcanzar el criterio c de Jacobson	TC postratamiento	N=22 18% (leve) 18% (moderada) 59% (muy considerable) 4% (están mejor)	N=35 68% (BSI) 37% (STAI-T)	
Durham et al (1999) N=80	Mejora: conseguir un cambio clínicamente significativo en términos de mejora auto-valorada. Recuperación: alcanzar el criterio c de Jacobson	TC Alto contacto Bajo contacto Ent. en manejo de la ansiedad Bajo contacto	64% 40% 18%	11-27%	
Durham et al. (2004)	Mejora: conseguir un cambio clínicamente significativo (reducción puntuación en el STAI-T de 8 puntos; punto de corte = 46) Recuperación: alcanzar el criterio c de Jacobson	Postratamiento STAI-T: Breve 5 sesiones Estándar 9 sesiones Intensivo 15 sesiones Seguimiento STAI-T: Breve 5 sesiones Estándar 9 sesiones Intensivo 15 sesiones Autovaloraciones Post Breve 5 sesiones Estándar 9 sesiones Intensivo 15 sesiones Valoraciones terapeuta Post Breve 5 sesiones Estándar 9 sesiones Intensivo 15 sesiones Autovaloraciones Seguimiento Breve 5 sesiones Estándar 9 sesiones Intensivo 15 sesiones Valoraciones terapeuta Seguimiento Breve 5 sesiones Estándar 9 sesiones Intensivo 15 sesiones	5% 17% 11% 5% 21% 12% 33% 11% 17% 22% 22% 17% 13% 11% 13% 7% 11% 13%	42% 39% 33% 57% 36% 23% 33% 44% 38% 28% 33% 28% 74% 39% 40% 64% 44% 20%	
Linden et al. (2005) N= 72	Recuperación: pacientes que entran en la categoría de “casi sanos” o “sanos”	Grupo A (TCC) Grupo control Grupo B (Grupo control + TCC)		45,5% 16,6% 75,1%	

3.2.1.5. GENERALIZABILIDAD EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Tamaños del efecto pre-post en MA

El MA de Stewart y Chambless (2009), mostró que la TCC para el TEPT es muy eficaz (a partir de seis estudios) en la práctica clínica habitual y con efectos incluso mayores que los de los estudios controlados ($TE = 2,59$) para las medidas de TEPT. Para la reducción de los síntomas de depresión, se obtuvo un TE de 1,62 derivado de cinco estudios.

Según el MA de Hans y Hiller (2013a), con 9 estudios para el TEPT, el TE pre-post de los clientes que completaron el tratamiento fue grande en medidas específicas del trastorno (1,91) y en depresión (1,09) y los resultados mejoraron a los 12 meses (1 estudio). Los TE obtenidos en los clientes que empezaron el tratamiento oscilaron entre 1,09 y 2,82 en 4 estudios. De nuevo los estudios añadidos fueron de alta calidad en general. El detalle de los MA puede verse en la Tabla 40.

Tamaños del efecto pre-post en estudios

Gillespie et al. (2002) analizaron el funcionamiento de la TC de Ehlers y Clark (2000) en una muestra de 91 pacientes que presentaban TEPT como resultado de un coche bomba en Irlanda. Otras características de la muestra fueron que un 53% presentaban comorbilidad con otros trastornos del eje I del DSM-IV-TR y más de la mitad (58%) presentaban como antecedentes uno o más traumas anteriores. Los terapeutas no eran expertos en TEPT pero recibieron un entrenamiento y eran supervisados. Los tratamientos se aplicaron en una media de 8 sesiones (rango de 2 a 73) y el 87% de los pacientes recibieron 20 sesiones de tratamiento o menos. El TE (calculado como la diferencia entre la media del PDS en el pre y postratamiento dividida por las desviaciones típicas conjuntas) para los 78 de los que se tenían medidas fue 2,47.

Foa et al. (2005) analizaron dos modalidades de intervención (exposición prolongada sola o acompañada de RC) y su comparación con la lista de espera para ver cuál era superior en el tratamiento del TEPT en 171 mujeres supervivientes de asalto. Los TE para 4 medidas (PSS-I, BDI, SAS-W y SAS-S) que obtuvieron las clientes que iniciaron el tratamiento en la condición de lista de espera oscilaron entre -0,07 y 0,80; en la condición de exposición prolongada (EP) oscilaron entre 0,46 y 1,37 y, en la condición EP + RC oscilaron entre 0,38 y 1,30. Los TE de los clientes que completaron el tratamiento en condición de lista de espera oscilaron entre -0,16 y 0,86; en la condición de exposición prolongada (EP) oscilaron entre 0,73 y 3,31 y, en la condición EP + RC oscilaron entre 0,48 y 2,39 (Véase Tabla 40). Algunas de las conclusiones a las que llegaron con el estudio fueron en primer lugar que la TCC (expo más RC) es más eficaz que la lista de espera. Por otro lado, las tres condiciones (exposición, RC y combinación de ambas) se mostraron igual de eficaces a corto y medio plazo. Un 34% de los clientes recibió tratamiento adicional durante el seguimiento y un 8% empeoró significativamente del postratamiento al

seguimiento. Por último comprobaron que la exposición prolongada (en imaginación y en vivo) y esta combinada con RC funcionaron tan bien aplicadas por expertos en un centro académico como aplicadas por terapeutas con mínima experiencia en TCC (entrenados y supervisados).

Brewin et al. (2008) estudiaron los resultados de la intervención (TCC centrada en el trauma) que se les ofreció a las personas afectadas por los atentados con bombas en Londres en el año 2005, en un servicio público de atención psicológica. Se las contactó a través de la contestación a un cuestionario de screening sobre trauma. Se determinó que 255 personas requerían tratamiento psicológico, de las cuales 82, el 74% de la muestra, fueron diagnosticadas con TEPT (60 con el DSM-IV y 22 con la CIE-10). Los TE pre-postratamiento se calcularon a partir de la Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) y fueron: 2,53 (DSM-IV) y 1,99 (CIE-10). Los resultados avalaron la utilidad clínica de la TCC centrada en el trauma.

Ehlers et al. (2013) estudiaron la generalizabilidad de la TC centrada en el trauma en una muestra de 330 clientes tratados por 34 terapeutas (entrenados y supervisados). Los TE en la medida principal de TEPT (el PDS) fueron grandes: 1,39 (*d* de Cohen calculada con la DT agrupada) y 1,88 (*d* de Cohen calculada con la DT del pretratamiento).

Tamaños del efecto condiciones control: lista de espera

Duffy, Gillespie y Clark (2007) estudiaron en 58 clientes con TEPT (derivado de actos terroristas y conflictos civiles) que fueron visitados en un centro comunitario, la eficacia de la TC **comparada con la condición de lista de espera**. Los clientes se distribuyeron en dos grupos de 29 cada uno: grupo de tratamiento con TC y grupo control de lista de espera de 12 semanas y luego TC. Los resultados mostraron que los clientes que recibieron TC (inmediata o diferida) mejoraron y que no mejoraron durante las 12 semanas de lista de espera. Los TE para los clientes que completaron el tratamiento y para aquellos que lo empezaron (ITT) fueron: en síntomas TEPT 1,74 (completan) y 1,25 (ITT); en depresión 1,24 (completan) y 1,05 (ITT); en interferencia en el trabajo 1,08 (completan) y 0,97 (ITT); en interferencia en la vida social 1,36 (completan) y 1,03 (ITT) y en interferencia la vida familiar 0,96 (completan) y 0,70 (ITT);

Significación clínica TEPT

En el estudio de Gillespie et al. (2002) un 97% de los pacientes tratados presentaron diferentes grados de mejora, estando el rango de mejora más común entre el 70% y el 90%. EL restante 3% no presentaron mejoras pero tampoco empeoraron. La mediana de mejora en el PDS fue del 68% (67,4% en pacientes sin comorbilidad y 69,2% con comorbilidad). Los pacientes que no habían resultado heridos en la explosión fueron los que más mejoraron (Véase Tabla 41).

García Vera y Romero (2004) analizaron los resultados de la TCC aplicada a 40 personas afectadas por los atentados del 11-M que presentaban en su mayoría (80%) trastornos por estrés (sintomatología caracterizada por la reexperimentación de la tragedia, la evitación de los estímulos asociados a la misma,

la presencia de síntomas disociativos, o una activación y ansiedad elevadas). El 20% restante presentaban sintomatología coincidente con trastornos del estado de ánimo. La intervención consistió en técnicas de control de la ansiedad, reestructuración y exposición. La intervención supuso una mejora en el 67% de la muestra tratada, resultado que avala la utilidad clínica de la TCC.

Brewin et al. (2008) hallaron que en el postratamiento, la media de las puntuaciones en el PDS estaban por debajo del rango clínico de síntomas, lo que sugirió que la mayoría (un 87%) de los pacientes se habían recuperado según las puntuaciones obtenidas en la Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS).

En el estudio de Ehlers et al. (2013) un 84,5% de los clientes que completaron el tratamiento presentaron un cambio fiable en el PDS, y un 65,1% alcanzaron un elevado estado final de funcionamiento en el postratamiento (un 57,3% entre los clientes que iniciaron el tratamiento).

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la generalizabilidad de la TCC para el TEPT que se desprenden de MA, observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 1,91 y 2,59. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 67% y el 97%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron alrededor del 87%.

Tabla 40. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre TEPT.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post
MA				
Stewart y Chambless (2009)	Medidas principales TEPT	TCC Síntomas TEPT	6	2,59 (2,06-3,13)
MA 6 estudios clínicos	TE= g de Hedges			
Hans y Hiller (2013a)		TCC completaron		
MA 9 estudios	Medidas específicas Depresión		8	1,91 (1,43-2,38)
	TE: d de Cohen		7	1,09 (0,72-1,47)
Estudios				
Gillespie et al (2002)	PDS	TC Ehlers y Clark	78	2,47 (Sin I.C.)
N=78	TE: d de Cohen			
Foa et al (2005)		Lista de espera (Empiezan)		
N=171	PSS-I			0,80 (Sin I.C.)
	BDI			0,25 (Sin I.C.)
	SAS-W			-0,07 (Sin I.C.)
	SAS-S			0,18 (Sin I.C.)
		Expo prolongada (EP) Empiezan		
	PSS-I			1,37 (Sin I.C.)
	BDI			0,96 (Sin I.C.)
	SAS-W			0,46 (Sin I.C.)
	SAS-S			0,52 (Sin I.C.)
		EP + RC (Empiezan)		
	PSS-I			1,30 (Sin I.C.)
	BDI			0,86 (Sin I.C.)
	SAS-W			0,38 (Sin I.C.)
	SAS-S			0,63 (Sin I.C.)
		Lista de espera (Completan)		
	PSS-I			0,86 (Sin I.C.)
	BDI			0,25 (Sin I.C.)
	SAS-W			-0,16 (Sin I.C.)
	SAS-S			0,18 (Sin I.C.)
		Expo prolongada (EP) Completan		
	PSS-I			3,31 (Sin I.C.)
	BDI			2,14 (Sin I.C.)
	SAS-W			0,73 (Sin I.C.)
	SAS-S			0,86 (Sin I.C.)
		E.P. + RC (Completan)		
	PSS-I			2,39 (Sin I.C.)
	BDI			1,36 (Sin I.C.)
	SAS-W			0,48 (Sin I.C.)
	SAS-S			0,93 (Sin I.C.)
Duffy et al (2007)		TC completan		
N= 58	Síntomas TEPT			1,74 (Sin I.C.)
	Depresión			1,24 (Sin I.C.)
	Funcionamiento: trabajo			1,08 (Sin I.C.)
	Funcionamiento: social			1,36 (Sin I.C.)
	Funcionamiento: Familia			0,96 (Sin I.C.)
		TC empiezan el tratamiento		
	Síntomas TEPT			1,25 (Sin I.C.)
	Depresión			1,05 (Sin I.C.)
	Funcionamiento: trabajo			0,97 (Sin I.C.)
	Funcionamiento: social			1,03 (Sin I.C.)
	Funcionamiento: Familia			0,70 (Sin I.C.)
Brewin et al. (2008)	PDS	TCC (DSM-IV)		2,53 (Sin I.C.)
N= 82	TE: d de Cohen	TCC (CIE-10)		1,99 (Sin I.C.)
Ehlers et al. (2013)		TC centrada en el trauma		
N= 330	PDS	completan		
		TE con DT agrupada	284	1,63 (Sin I.C.)
		TE con DT del pretratamiento	284	2,15 (Sin I.C.)
		TC centrada en el trauma ITT		
	TE: d de Cohen	TE con DT agrupada	330	1,39 (Sin I.C.)
		TE con DT del pretratamiento	330	1,88 (Sin I.C.)

N, Número de estudios; **K**, número de comparaciones; (Sin I.C.): El artículo no reporta los Intervalos de Confianza.

Tabla 41. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TEPT.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Gillespie et al. (2002)	No se especifican en el estudio	TC Ehlers y Clark	97% (70-90% rango más común)		
García Vera y Romero (2004)	Mejora: éxito terapéutico. La definición se presenta en el estudio como una limitación del mismo (no se define de forma cuantitativa, multiaxial, multimétodo y multitemporal)	TCC	67%		
Brewin et al. (2008)	Recuperación: cambio clínicamente significativo en el postratamiento como una puntuación en el PDS más cercana a la media de la población funcional expuesta al trauma que a la media de la población con TEPT.	TCC centrada en el trauma		87% (PDS)	
Ehlers et al. (2013)	Mejora: cambio fiable (decremento) mayor a 6,15 en el PDS. Recuperación: presentar una mejora fiable y con puntuaciones postratamiento inferiores en el punto medio entre 2DT por debajo de las puntuaciones de los clientes en el pre, y 2DT por encima de la media de la muestra de 466 personas traumatizadas sin TEPT de la misma área de captación.	TC centrada en el trauma (PDS) Completan ITT	84,5% 78,8%	65,1% 57,3%	

3.2.1.6. GENERALIZABILIDAD EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)

Tamaños del efecto pre-post en MA

En el MA de Stewart y Chambless (2009) el TE pre-post de la EPR, TC o TCC para el TOC, a partir de once estudios, fue alto en medidas específicas del trastorno (1,32) y en depresión (0,89).

En el MA de Hans y Hiller (2013a) con 27 estudios, el TE pre-post obtenido por los clientes que completaron el tratamiento fue grande en medidas específicas del trastorno (0,90) y moderado en depresión (0,66) y ansiedad general (0,58) y los resultados se mantuvieron en seguimientos a los 6-12 meses. Para los clientes que iniciaron el tratamiento sin completarlo, los TE fueron: 0,67 en medidas específicas de fobia social y 0,54 en medidas de depresión. De nuevo, los estudios incluidos fueron de alta calidad en general por lo que es posible que la mayoría pudieron ser realizados en entornos orientados a la investigación (Véase Tabla 42).

Tamaños del efecto pre-post en estudios

Franklin et al. (2000) analizaron los resultados de 110 clientes (100 completaron el tratamiento) que presentaban TOC (DSM-III-R y DSM-IV) y fueron tratados con EPR en grupo, en un centro clínico de pago por terapeutas supervisados. El TE pre-postratamiento de la EPR fue 3,26 (Y-BOCS) y 1,26 (BDI).

Warren y Thomas (2001) analizaron los resultados de 26 clientes visitados en una clínica privada especializada en trastornos de ansiedad, y tratados mediante TCC (EPR más reestructuración cognitiva). Completaron el tratamiento 19 clientes (el 73%), cuyos resultados fueron muy buenos (TE): 1,66 (obsesiones), 1,65 (compulsiones) y 2,19 (total).

Håland et al. (2010) llevaron a cabo un estudio con 54 clientes que presentaban TOC. Se les ofreció un tratamiento grupal con EPR por terapeutas con entrenamiento limitado. Los TE pre-postratamiento para todos los clientes que iniciaron el tratamiento fueron: un 1,50 en la Y-BOCS (TOC), un 0,30 en el BDI (depresión) y un 0,35 en el STAI-S (ansiedad). Los TE para los clientes que completaron el tratamiento fueron: un 1,76 en la Y-BOCS (TOC), un 0,32 en el BDI (depresión) y un 0,45 en el STAI-S (ansiedad). Los resultados se mantuvieron en el seguimiento al año.

Entre enero de 1999 y enero de 2005 Van Oppen et al. (2010) llevaron a cabo un ECA en el que participaron 118 clientes asignados a 4 condiciones de tratamiento: 1) EPR asistida por terapeutas de conducta experimentados; 2) EPR asistida por estudiantes de máster de psicología clínica; 3) auto-EPR supervisada por terapeutas experimentados y 4) auto-EPR supervisada por estudiantes de máster de psicología clínica. Los estudiantes de máster fueron entrenados, siguieron un manual de aplicación del protocolo de intervención y fueron supervisados. Para la muestra total del estudio (intención de tratarse) el TE pre-postratamiento obtenido por los clientes en la condición de tratamiento 1 fue 1,19 (N=57) para la Y-BOCS y, en la condición 2 fue 1,29 (N=61). Para los clientes que finalizaron el

tratamiento los TE fueron 1,33 (condición 1; N=51) y 1,81 (condición 2; N=50). Los TE obtenidos mostraron que no había diferencias en la EPR en función de la variable experiencia del terapeuta. Comparando la EPR asistida por el terapeuta y la auto-EPR supervisada por el terapeuta tampoco se hallaron diferencias en su eficacia (véase Tabla 42).

Houghton et al. (2010) estudiaron la utilidad clínica de la TCC (EPR más reestructuración cognitiva) para 37 pacientes que presentaban TOC en un centro de salud mental público. Los TE utilizando la Y-BOCS como medida de resultados fueron 1,6 para los clientes que completaron el tratamiento y 1,1 para los clientes que lo empezaron.

DiMauro et al. (2013) en su estudio analizaron los resultados en el **seguimiento a un año** en una muestra de 51 clientes con fobia social y el TE pre-post fue 1,36.

Significación clínica TOC

En el estudio de Franklin et al. (2000) observaron que el 86% de los clientes lograron recuperarse según la Y-BOCS (criterios de Jacobson y Truax). Estos resultados obtenidos en la práctica clínica habitual se compararon con los de 4 ECA de tratamiento con EPR. Los resultados que se obtuvieron fueron comparables a los obtenidos en los ECA.

Warren y Thomas (2001) hallaron que los porcentajes de mejorados oscilaron entre el 12% y el 91%, con una media del 48%. Los pacientes mejorados según el criterio de reducción del 35% en la Y-BOCS fueron el 84%. Siguiendo el criterio "c" de Jacobson y Truax (1991), mostraron un elevado estado final de funcionamiento en las obsesiones el 84% de los clientes, el 53% en las compulsiones y el 84% en la puntuación total del Y-BOCS. Estos resultados llevan a los autores a concluir que los resultados de los estudios controlados son comparables y generalizables a la práctica clínica real.

Montaño y Froján (2005) compararon un total de 29 casos clínicos, 12 de los cuales fueron publicados en literatura científica (41%) y 17 casos de centros privados (59%) recogidos de las historias clínicas. Los tratamientos que se aplicaron en todos los casos se basaron en técnicas conductuales (EPR), en algunos casos, combinadas con terapia farmacológica. Comprobaron que en los centros privados se trabajaban una mayor variedad de obsesiones y compulsiones, los tratamientos eran más largos y los resultados peores en relación a los porcentajes de clientes mejorados y abandonos. Los resultados que presentaban los clientes en el postratamiento fueron valorados por los terapeutas en las siguientes categorías: 1) altamente mejorados, 2) notablemente mejorado, 3) escasamente mejorado y 4) abandono. Los porcentajes de clientes mejorados obtenidos en los casos publicados fueron 25% (categoría 1) y 75% (categoría 2); y en los casos clínicos no publicados fueron 41% (categoría 1), 18% (categoría 2), 6% (categoría 3) y 35% (categoría 4).

En el estudio de Håland et al. (2010) se calculó la mejora como la consecución del índice de cambio fiable (reducción de 8 puntos en la Y-BOCS) y se obtuvo un porcentaje en el postratamiento de 48,1% (N=26 de los 54 clientes que habían iniciado el tratamiento). El porcentaje de clientes recuperados incrementó hasta el 53,7% en el seguimiento a un año.

En el estudio de Van Oppen et al. (2010) los porcentajes de clientes mejorados oscilaron entre el 66% y el 72% en las diferentes condiciones de tratamiento y los porcentajes de clientes recuperados entre el 43% y el 56% (Véase Tabla 43).

Revisados diferentes MA y estudios con resultados sobre la generalizabilidad de la TCC para el TOC observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre **1,32 – 3,26**. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 48% y el 86%, y los pacientes recuperados entre el 53% y el 58%.

Tabla 42. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre TOC.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	K	T.E. Pre-post
MA				
Stewart y Chambless (2009) MA 11 estudios clínicos	Medidas principales TOC TE= g de Hedges	TCC Síntomas TOC	11	1,32 (1,19-1,45)
Hans y Hiller (2013a) MA 27 estudios	Medidas específicas Depresión Ansiedad general TE: d de Cohen	TCC completaron TCC empiezan el tratamiento	23 14 5 9 5	1,46 (1,17-1,75) 0,66 (0,47-0,85) 0,42 (0,17-0,68) 1,45 (1,03-1,86) 0,75 (0,33-1,16)
Estudios				
Franklin et al. (2000) N=100 clientes	Y-BOCS BDI TE: d de Cohen	EPR		3,26 (Sin I.C.) 1,26 (Sin I.C.)
Warren y Thomas (2001) N=26 clientes	Y-BOCS TE: d de Cohen	TCC Obsesiones Compulsiones Total		1,66 (Sin I.C.) 1,65 (Sin I.C.) 2,19 (Sin I.C.)
Håland et al. (2010) N=54	Y-BOCS BDI STAI-S Y-BOCS BDI STAI-S	TCC (empiezan el tratamiento) TCC (completan el tratamiento)	54 54 54 50 50 50	1,50 (Sin I.C.) 0,30 (Sin I.C.) 0,35 (Sin I.C.) 1,76 (Sin I.C.) 0,32 (Sin I.C.) 0,45 (Sin I.C.)
Van Oppen et al. (2010) N= 118 clientes	Y-BOCS	EPR (muestra total) Condición 2 EPR (completan tratamiento) Condición 2 EPR (muestra total) Supervisada por terapeuta Autoadministrada EPR (completan tratamiento) Supervisada por terapeuta Autoadministrada	61 50 57 61 52 49	1,29 (Sin I.C.) 1,81 (Sin I.C.) 1,47 (Sin I.C.) 1,09 (Sin I.C.) 1,78 (Sin I.C.) 1,55 (Sin I.C.)
Houghton et al. (2010) N= 37 clientes	Y-BOCS	TCC (EPR + RC) Completan el tratamiento Empiezan el tratamiento	27 37	1,6 (0,9-2,3) 1,1 (0,6-1,6)
DiMauro et al. (2013) N= 51 clientes Seguimiento a 1 año	TE: d de Cohen	TCC	1	1,36 (Sin I.C.)

K, número de comparaciones; (Sin I.C.): El artículo no reporta los Intervalos de Confianza.

Tabla 43. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TOC.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Franklin et al. (2000) N=100 clientes	Mejora: Nivel de funcionamiento final por debajo del punto de corte en la Y-BOCS y cambio clínicamente significativo en el postratamiento (Jacobson y Truax 1991)	EPR	86% (Y-BOCS) Completan el tratamiento		
Warren y Thomas (2001) N=26 clientes	Mejora: reducción del 35% en la Y-BOCS o cambio clínicamente significativo (criterio "c" de Jacobson y Truax, 1991) Recuperación: conseguir llegar al nivel de la población funcional	TCC	48% (12%-91%) 35% reducción: 84% Criterio "c": 84% obsesiones 53% compulsiones 84% puntuaciones totales Y-BOCS	75% obsesiones 53% compulsiones 58% puntuaciones totales Y-BOCS	
Montaño y Froján (2005) N=29	Mejora: valorada por el terapeuta en 3 categorías (altamente, notablemente y escasamente mejorado)	EPR Casos publicados Casos no publicados	25% (altamente) y 75% (notablemente) 41% (altamente), 18% (notablemente y escasamente) 6% (escasamente)		
Håland et al. (2010) N=54	Mejora: conseguir una reducción de 8 puntos en la Y-BOCS (ICF). Recuperación: conseguir una reducción de 8 puntos en la Y-BOCS (ICF) puntuar ≥ 14 en la Y-BOCS.	EPR postratamiento Seguimiento a un año	48,1% 53,7%		
Van Oppen et al. (2010) N= 118 clientes	Mejora (índice de cambio fiable): Cambio ≥ 5 en la Y-BOCS. Recuperación: punto de corte en la Y-BOCS ≤ 16 .	EPR (terapeuta experto) EPR (máster) Auto-EPR EPR supervisada por terapeuta	72% 66% 66% 72%	46% 53% 43% 56%	

3.2.1.7. GENERALIZABILIDAD EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR LA SALUD (TAS)

Tal y como fue referido en el apartado 1.2.1.7, aún siendo conocedores de que el Trastorno de ansiedad por la Enfermedad o hipocondría es un trastorno psicológico que en las últimas versiones del sistema de clasificación diagnóstica que hemos utilizado en la UTC_UB (DSM-IV y DSM 5) no queda recogido dentro de los trastornos de ansiedad, hemos decidido (como ha sido justificado) añadir este trastorno de nuevo a la hora de analizar su utilidad clínica.

Tamaños del efecto pre-post

Un estudio realizado en una Unidad Asistencial Universitaria con 80 pacientes externos (reclutados durante un periodo de 6 años) que presentaban Trastorno de Ansiedad por la Salud (TAS), mostró que combinar la TCC individual y grupal para este problema fue eficaz. Los TE (medidos con específicas del trastorno) de los clientes que iniciaron el tratamiento oscilaron en el postratamiento entre 0,82 (SAIB) y 1,08 (IAS); y para los clientes que lo completaron oscilaron entre 0,96 (SAIB) y 1,15 (IAS) (Véase Tabla 44). En el seguimiento a los doce meses, en los clientes que iniciaron el tratamiento, los TE oscilaron entre 1,09 (SAIB) y 1,41 (IAS); y en los clientes que lo completaron oscilaron entre 1,15 (SAIB) y 1,45 (IAS). Durante el seguimiento un 74% de los pacientes recibió tratamiento adicional (Weck, Groupalis et al., 2015). Los investigadores hallaron que la combinación de las modalidades individual y grupal había generado satisfacción a los pacientes y los componentes que más valoraron fueron la discusión de razones alternativas para los síntomas corporales y la reestructuración cognitiva, frente a la exposición imaginal y la relajación muscular progresiva que fueron los menos valorados.

TAS significación clínica

Un grupo de investigadores daneses (Wattar et al. 2005) se interesaron por comprobar si los hallazgos en relación a la eficacia de la TCC para la hipocondría serían generalizables a la práctica clínica habitual. Llevaron a cabo un estudio con una muestra final de 16 pacientes diagnosticados con hipocondría (F45.2) según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) y 6 terapeutas (rango experiencia clínica: 2-25 años; 3 con más de 10 años) especialmente entrenados en el protocolo de intervención que recibían la supervisión normal de forma regular y supervisión especializada cada tres meses. La intención de los investigadores fue aplicar el tratamiento en formato grupal pero al observar que se daban problemas de contagio de las preocupaciones y los posteriores intentos de buscar tranquilización entre los miembros, decidieron en la tercera sesión empezar en formato individual. Los resultados que obtuvieron fueron comparables a los hallados en los estudios controlados. Respecto a los porcentajes de mejora en la medida específica del trastorno (Health Anxiety Inventory-HAI) oscilaron entre el 30% y el 90% en el postratamiento (resultado que se mantuvo en el seguimiento). Hallaron que el 56,3% de los clientes redujeron su ansiedad por la salud en más de un 50% (según el HAI) y que la mínima

reducción en esta medida fue del 30%. La mejora pudo observarse en medidas más genéricas de ansiedad (Beck Anxiety Inventory) y depresión (Beck Depression Inventory), incluso se comprobó que durante el seguimiento las medidas de ansiedad mejoraron respecto al postratamiento. Concluyeron que la TCC para la ansiedad por la salud era generalizable a la práctica clínica habitual.

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la generalizabilidad de la TCC para el TAS observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,82 y 1,08. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 30% y el 90%. No se han hallado otros datos relativos a la significación clínica.

Tabla 44. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre **Trastorno de Ansiedad por la Salud**.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	N	T.E. Pre-post	
Weck, Groupalis et al. (2015) N=80 pacientes (TAS) inician N= 67 completan el tratamiento		TCC individual y grupal (inician)			
	Medidas principales			1,08 (Sin I.C.)	
	IAS			0,84 (Sin I.C.)	
	CABAH			0,82 (Sin I.C.)	
	SAIB				
	Medidas secundarias			0,39 (Sin I.C.)	
	SOMS-7T			0,55 (Sin I.C.)	
	BSI				
			TCC individual y grupal (completan)		
	Medidas principales			1,15 (Sin I.C.)	
	IAS			1,01 (Sin I.C.)	
	CABAH			0,96 (Sin I.C.)	
	SAIB				
	Medidas secundarias			0,47 (Sin I.C.)	
SOMS-7T			0,66 (Sin I.C.)		
BSI					
	TE: <i>d</i> de Cohen				

N, Número de estudios; K, número de comparaciones; (Sin I.C.): El artículo no reporta los Intervalos de Confianza; *74% reciben tratamiento adicional.

Tabla 45. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del **TAS**.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Wattar et al. (2005)	Mejora: reducción de las puntuaciones del HAI en un mínimo del 50%		100% (reducción 30% HAI) 56,3% (50% reducción en el HAI) 18,75% (reducción 90% en el HAI)		

3.2.2. GENERALIZABILIDAD EN TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Tamaños del efecto pre-post:

En la práctica clínica habitual, Enjuanes et al. (2005) analizaron la utilidad clínica de las técnicas cognitivo-conductuales (psicoeducación, respiración y relajación muscular progresiva, RC y resolución de problemas, activación conductual y entrenamiento en habilidades sociales) para tratar el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Adaptativo con humor deprimido, en una muestra de 35 clientes de la Unidad de psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid. Los TE para el programa de TCC multi-componente fueron 1,78 para el conjunto de medidas y 1,81 en el caso de BDI. Concluyeron que los programas multi-componente aplicados en contextos de clínica habitual parecen tan eficaces como cuando son utilizados en la investigación.

Westbrook y Kirk (2005) analizaron los datos de 1276 clientes visitados por terapeutas expertos en un centro clínico especializado de asistencia psicológica gratuito, que pertenece al departamento de psicología de la universidad de Oxford. La muestra fue recogida entre los años 1987 y 1998 y se incluyeron los clientes que finalizaron el tratamiento y de los que se tenía algún dato. Se calcularon los TE como la diferencia de medias entre el pre y el postratamiento dividida entre la DT del pre. La submuestra de clientes que presentaron depresión fueron 151, quienes obtuvieron un TE a partir del BDI de 0,96. Restringiendo la muestra a aquellos clientes que puntuaban en el pre (BDI) por encima de 10 (N=138) el TE incrementó a 1,34 (Véase Tabla 45).

Persons et al. (2006) llevaron a cabo un estudio en el que valoraron los resultados de la aplicación de TCC a 58 casos atendidos en un centro clínico privado en la práctica habitual, de los cuales 40 presentaban por lo menos un trastorno del estado de ánimo. La media de las sesiones de los tratamientos fue 18 (rango de 4 a 54). El 84,5 de los clientes fueron atendidos por un psicólogo con 20 años de experiencia. El resto fueron atendidos por tres terapeutas entrenados y supervisados, con una experiencia entre los 2 y los 6 años. El 66% de los clientes recibieron tratamiento combinado con farmacoterapia y un 19% recibió otro tratamiento psicológico (principalmente terapia de pareja, 12-pasos de tratamiento grupal o terapia individual orientada al insight). Calcularon los TE pre-post dividiendo la media de la diferencia entre el pre y el postratamiento por la DT del pre (*d* de Cohen). Para el BDI el TE fue 1,33.

Tamaños del respecto a grupos control

En su MA, Stewart y Chambless (2009) estudiaron, como hemos visto, la Utilidad Clínica de la TCC para algunos trastornos de ansiedad (avalando su eficacia) y, a su vez, estudiaron el efecto de la TCC sobre los síntomas depresivos y vieron que obtenía TE grandes para la reducción de los mismos (rango

de 0,89-1,60), a excepción de los tratamientos para la ansiedad social para el que el TE fue mediano (0,73).

En el Ma de Hans y Hiller (2013a) se pudo comprobar como los resultados obtenidos con la TCC para tratar los trastornos de ansiedad se extendían a síntomas de ansiedad y depresión comórbidos al trastorno principal de ansiedad. Para la muestra de todos los clientes que iniciaron el tratamiento los TE en medidas de depresión oscilaron entre 0,54 y 1,09 (de moderados a grandes). Los efectos en los síntomas depresivos y los resultados que obtuvieron en distintas medidas pueden verse resumidos en la Tabla 46.

Hans y Hiller (2013b) estudiaron mediante un MA el TE asociado a la TCC para adultos que padecían depresión en la práctica clínica habitual. También realizaron un análisis para ver si la terapia grupal era tan eficaz como la individual desde la TCC. Los estudios incluidos en el MA fueron un total de 34 con 1880 clientes que completaron el tratamiento y 1629 pacientes en el grupo de Intención de tratarse. La conclusión en relación a la eficacia de la TCC para reducir la depresión en los clientes que completaron el tratamiento fue elevada ($DMT=1,13$), al igual que en los clientes con intención de tratarse ($DMT=1,06$). Para los clientes que completaron el tratamiento se observó una reducción significativa en el postratamiento en: cogniciones disfuncionales, ansiedad general, malestar psicológico y deterioro funcional (DMT 0,67-0,88). Los investigadores comprobaron que las ganancias debidas al tratamiento se mantenían o mejoraban a los 6 y a los 12 meses de seguimiento. Concluyeron que la depresión en adultos puede ser tratada de forma eficaz mediante TCC en la práctica clínica habitual. La eficacia observada en la práctica clínica real es algo menor que en los ECA en los síntomas depresivos; sin embargo, el presente MA evidencia que la TCC individual y grupal es viable y generalizable a la práctica clínica habitual. Entre las modalidades individual y grupal concluyeron que no había diferencias significativas entre ambas pero los autores advirtieron de la falta de potencia estadística de estos resultados e invitaron a que fueran tomados con precaución.

Depresión significación clínica

Merrill et al. (2003) estudiaron la viabilidad de la TC aplicada a 192 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM; DSM-IV) en un centro de salud mental comunitario. Los resultados de la muestra se compararon con dos ECA, observándose que en los tres casos la TC fue eficaz a la hora de reducir los síntomas depresivos (habiendo partido en los 3 estudios de una severidad en sintomatología inicial similar). Se definió el cambio clínicamente significativo usando los parámetros de la población general ($BDI < 13,5$, con 2DT de la población sin problemas), que cumplieron un 48% de la muestra. Con un criterio más restrictivo ($BDI < 9$, con 1DT) el porcentaje bajó al 35%. Los resultados son comparables a los obtenidos en ECA. Para ver el detalle de los datos véase Tabla 47.

Enjuanes et al. (2005) hallaron que un 77,1% de los clientes presentaban un 50% de reducción en la sintomatología a raíz del tratamiento y un 76,9% en la reducción medida a través del BDI. El 69,2% de los clientes consiguieron en el postratamiento una puntuación inferior a 10 en el BDI. Concluyeron que el programa de tratamiento multicomponente basado en técnicas de la TCC con apoyo empírico, es eficaz en términos de significación clínica.

Westbrook y Kirk (2005) calcularon la mejora según el criterio “c” del índice de cambio estadísticamente significativo de Jacobson y Truax (1991). Consideraron que los clientes que obtenían puntuaciones en el postratamiento 10 puntos por debajo de las del pretratamiento habían mejorado y fueron un 52,2% (BDI) y un 46% (BAI). Se consideraron recuperados un 35,5% (BDI) y 34,5% (BAI) de los clientes que habían conseguido un cambio clínicamente significativo y que vieron reducidas sus puntuaciones en el postratamiento en 11 puntos o más respecto a las del pretratamiento.

Gibbons et al. (2010) analizaron la utilidad clínica de la TC para tratar 217 clientes que presentaban depresión, tratados en un Centro de Terapia Cognitiva. Los resultados mostraron que el Centro de Terapia Cognitiva era un centro representativo dado que un 61% de los clientes presentaron un cambio clínicamente significativo en el postratamiento. Un 36% alcanzó los criterios de recuperación.

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la generalizabilidad de la TCC para los trastornos del estado de ánimo observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre el 0,54 y el 1,62. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados oscilaron entre el 48% y el 77%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron alrededor del 36%.

Tabla 46. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre **Trastorno Depresivo Mayor**.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	N	T.E. Pre-post
MA				
Stewart y Chambless (2009) Depresión comórbida a tr. ansiedad	Medidas depresión TE= g de Hedges	TCC Pánico:	17	1,01 (0,86-1,17)
		TCC Ansiedad Social (AS):	8	0,73 (0,55-0,91)
		TCC TAG:	5	0,89 (0,70-1,07)
		TCC TEPT:	5	1,62 (0,99-2,25)
		TCC TOC:	9	0,89 (0,77-1,01)
Hans y Hiller (2013a) MA 71 estudios no aleatorizados	BDI (Beck et al 1961)	Pánico en depresión		
		Completan tratamiento:	14	0,95 (0,78-1,13)
		Intención de tratarse:	5	0,96 (0,66-1,25)
		Ansiedad Social en depresión:		
		Completan tratamiento:	13	0,66 (0,53-0,80)
		Intención de tratarse:	7	0,54 (0,41-0,68)
		TEPT en depresión:		
		Completan tratamiento:	7	1,09 (0,72-1,47)
		TOC en depresión:		
		Completan tratamiento:	14	0,66 (0,47-0,85)
		Intención de tratarse:	5	0,75 (0,33-1,16)
Hans y Hiller (2013b) MA 34 ensayos clínicos no aleatorizados	Severidad de los síntomas depresivos Cogniciones disfuncionales Ansiedad general Malestar psicológico Deterioro funcional TE: d de Cohen	Severidad de la depresión:		
		Completan tto.	31	1,13 (Sin I.C.)
		Individual	9	1,25 (Sin I.C.)
		Grupal	20	1,06 (Sin I.C.)
		Intención de tratarse	15	1,06 (Sin I.C.)
		Individual	8	1,11 (Sin I.C.)
		Grupal	4	0,91 (Sin I.C.)
		Cogniciones disfuncionales:		
		Completan tto.	7	0,79 (Sin I.C.)
		Individual	1	1,83 (Sin I.C.)
		Grupal	6	0,74 (Sin I.C.)
		Ansiedad general:		
		Completan tto.	7	0,67 (Sin I.C.)
		Individual	2	0,84 (Sin I.C.)
		Grupal	5	0,59 (Sin I.C.)
		Malestar psicológico:		
		Completan tto.	8	0,88 (Sin I.C.)
		Individual	3	0,92 (Sin I.C.)
		Grupal	5	0,80 (Sin I.C.)
		Deterioro funcional:		
Completan tto.	6	0,84 (Sin I.C.)		
Individual	2	1,05 (Sin I.C.)		
Grupal	4	0,71 (Sin I.C.)		
Estudios				
Enjuanes et al. (2005) TDM/ T.adaptativo con humor deprimido N= 35 clientes	Medidas principales depresión TE: d de Cohen	Pre-post intervención		
		Todas las medidas	35	1,78 (Sin I.C.)
		BDI		1,81 (Sin I.C.)
Westbrook y Kirk (2005)	BDI TE: d de Cohen	TCC toda la muestra	151	0,97 (Sin I.C.)
		TCC con muestra depurada (BDI>10)	138	1,34 (Sin I.C.)
Persons et al. (2006) N= 58 clientes	BDI Inventario de Ansiedad de Burns (BURNS AI) TE: d de Cohen	TCC (formulación de casos)		
			38	1,33 (Sin I.C.)
			56	0,89 (Sin I.C.)

K, número de comparaciones; Sin I.C.: El artículo no reporta los Intervalos de Confianza.

Tabla 47. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del **Trastorno Depresivo Mayor.**

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% No cumple criterios diagnósticos
Merrill et al. (2003)	Mejora: Cambio clínicamente significativo	TC	48% (BDI < 13,5) 35% (BDI < 9)		
Westbrook y Kirk (2005)	Mejora: criterio "c" del índice de cambio estadísticamente significativo de Jacobson y Truax (1991) y presentar puntuaciones en el postratamiento 10 puntos por debajo de las del pretratamiento. Recuperados: cambio clínicamente significativo y reducción en las puntuaciones del postratamiento en 11 puntos o más respecto a las del pretratamiento	TCC	52,2%	35,5%	
Enjuanes et al. (2005)	Mejora: reducción de la sintomatología depresiva en un 50% respecto al pre-tratamiento		77,1% 76,9% (BDI)		
Gibbons et al. (2010)	Mejora: Cambio clínicamente significativo con un índice igual o superior a 1,96. Recuperación: punto de corte en el BDI fue < 15		61%	36%	

3.2.3. GENERALIZABILIDAD EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tamaños del efecto pre-post

Tuschen Caffier et al. (2001) llevaron a cabo un estudio con población clínica no seleccionada que presentaba BN para valorar la generalizabilidad de la TCC manualizada en el contexto de la práctica clínica real. Constituyeron la muestra inicial 73 mujeres con BN que pidieron tratamiento, de las que lo empezaron 67 y lo completaron 66. Las variables medidas fueron el número de atracones así como las puntuaciones a cuestionarios que valoran la restricción alimentaria, las emociones asociadas a la alimentación, la satisfacción corporal y el estado de ánimo. Los TE para los clientes que empezaron el tratamiento oscilaron entre 0,28 y 0,98. En el caso de los clientes que lo completaron oscilaron entre 0,31 y 1,09. Para los clientes que mejoraron a raíz del tratamiento los TE oscilaron entre 1,01 y 1,55 (véase Tabla 48).

TCA significación clínica:

En el estudio de Tuschen Caffier et al. (2001) un 73% de los clientes que empezaron el tratamiento presentaron mejoras estadísticamente significativas en el postratamiento y un 36,8% se recuperaron (véase Tabla 49).

Freudenberg et al. (2015) se propusieron estudiar un programa de tratamiento para TCA (Anorexia Nerviosa -AN- y Bulimia Nerviosa -BN-) según el DSM-IV-TR. La muestra estuvo comprendida por 151 mujeres con un rango de edad entre los 13 y los 57 años que habían recibido el tratamiento entre 2001 y 2010 en un programa intensivo de tratamiento ambulatorio o un programa de hospitalización parcial. El porcentaje de mejora en las puntuaciones del EDI-2 para las pacientes con AN fue del 79,6% y para las pacientes con BN fue 55,9%. En relación a la media de purgas por semana la mejora fue del 29,9% en las pacientes con AN y del 58,7% en las pacientes con BN. La mejora también fue estadísticamente significativa en las pacientes con BN para la media de atracones semanales con una reducción del 52,9%. Las pacientes con AN presentaron un incremento de peso estadísticamente significativo del pre al postratamiento (77,6%). A su vez, los investigadores hallaron que la aplicación del tratamiento reportó reducciones significativas en las puntuaciones del BDI-II en ambos grupos: AN (69,8%) y BN (67,8%).

Waller et al. (2014) estudiaron la generalizabilidad de los resultados de la eficacia de la TCC para tratar la BN a la práctica clínica habitual. La muestra del estudio estuvo comprendida por 78 mujeres de las cuales 55 presentaban BN (52 con BN purgativa y 3 BN no purgativa) y 23 con Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (TCANE según el DSM-IV-R) con características bulímicas. Ninguna de las pacientes estaba en el rango de peso de la AN y 9 estaban tomando antidepresivos. Terminaron el

tratamiento 70 pacientes de las cuales el 52,9% se habían recuperado al final del tratamiento. Presentaron una mejora significativa en el estado de ánimo, en las actitudes y los comportamientos hacia la comida. Las reducciones en los atracones y los vómitos fueron comparables a las obtenidas en los estudios de eficacia. Se obtuvieron resultados similares entre las pacientes que empezaron el tratamiento y aquellas que lo finalizaron (47.4% incluyendo a los pacientes que abandonaron).

Revisadas diferentes publicaciones con resultados sobre la generalizabilidad de la TCC para los TCA observamos que los TE pre-postratamiento para la TCC oscilaron en un rango entre 0,28 Y 1,55. En relación a los datos de significación clínica, los porcentajes de pacientes mejorados estuvieron alrededor del 73%. Respecto a los pacientes recuperados los porcentajes estuvieron entre el 36,8% y el 57,6%, y no hemos encontrado datos del porcentaje de clientes que dejaron de cumplir criterios diagnósticos.

La conclusión que podemos extraer de la revisión de los estudios que han sido llevados en la práctica clínica habitual (centros de salud mental, hospitales generales y/o la práctica privada) es que la TCC, para trastornos de ansiedad, depresivos y de la conducta alimentaria, puede aplicarse en estos contextos con resultados similares a los que se obtuvieron en contextos de investigación con estudios controlados, siempre y cuando la duración de los tratamientos aplicados en la práctica clínica habitual sea la adecuada. Como hemos podido comprobar en algunos estudios recientes, los TE y los porcentajes de mejorados y/o recuperados son similares a los derivados de estudios controlados y MA.

Tabla 48. Resumen de los TE pre-post en los estudios sobre TCA.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Medidas y tipo de tamaño del efecto (TE)	TRATAMIENTO	N	T.E. Pre-post	
Tuschen Caffier et al. (2001) N= 67 clientes BN		TCC empiezan el tratamiento			
	Episodios de atracón			0,28 (Sin I.C)	
	Restricción alimentaria			0,67 (Sin I.C)	
	Alimentación emocional			0,98 (Sin I.C)	
	Insatisfacción corporal			0,80 (Sin I.C)	
	Depresión			0,64 (Sin I.C)	
			TCC completan el tratamiento		
	Episodios de atracón			0,31 (Sin I.C)	
	Restricción alimentaria			0,74 (Sin I.C)	
	Alimentación emocional			1,09 (Sin I.C)	
	Insatisfacción corporal			0,89 (Sin I.C)	
	Depresión			0,71 (Sin I.C)	
			TCC mejorados		
	Episodios de atracón			1,07 (Sin I.C)	
	Restricción alimentaria			1,13 (Sin I.C)	
Alimentación emocional			1,55 (Sin I.C)		
Insatisfacción corporal			1,36 (Sin I.C)		
Depresión			1,01 (Sin I.C)		
	TE: <i>d</i> de Cohen				

N, Número de estudios; K, número de comparaciones; (Sin I.C.): El artículo no reporta los Intervalos de Confianza;
DT: Desviación Típica.

Tabla 49. Porcentaje de clientes mejorados, recuperados y sin criterios diagnósticos para los estudios del TCA.

AUTORES Nº Estudios y Nº Pacientes	Definición Mejora / Recuperación	Tratamientos	% Mejorados	% Recuperados	% cumple criterios diagnósticos
Waller et al. (2014)	Recuperados: no presentaban comportamientos bulímicos; actitudes normalizadas ante la comida.	TCC		52,9%	
Tuschen Caffier et al. (2001) N= 67 clientes BN	Mejora y recuperación: puntuaciones de los clientes en una escala de 7 puntos en as 5 medidas utilizadas.	TCC	73%	36,8%	
Thompson Brenner et al. (2003)	Recuperación: eliminación de los atracones y de los vómitos	Tcc TCo		48% 57,6%	
Freudenberg et al. (2015) N= 151 (AN y AB)	Mejora:	TCC			
			EDI-II 79,6% (AN) 55,9% (BN)		
			Purgas 29,9% (AN) 58,7% (BN)		
			Atracones x semana 52,9% (BN)		
			Incremento de peso 77,6% (AN)		
			BDI-II 69,8% (AN) 67,8% (BN)		

3.2.4 RESUMEN DE LOS DATOS DE GENERALIZABILIDAD EN LOS TRASTORNOS ANTERIORES

A continuación nos disponemos a resumir en una única tabla los resultados de la TCC (los TE y la significación clínica) descritos en los diferentes estudios revisados para ver los rangos orientativos de generalizabilidad encontrados en MA y estudios concretos para cada uno de los problemas psicológicos analizados.

Tabla 50. Resumen de rangos de los TE revisados en los diferentes MA y estudios de Utilidad Clínica.

Trastorno	Terminan el tratamiento		ITT
	Nº MA	Nº Estudios	
Ansiedad	n = 2	n = 2	1 MA
Rango real	0,66 - 1,35	1,11 - 2,11	0,24 - 0,97
Mediana Rango Real	1,09	1,61	0,61
Rango Inter cuartil (25-75)	0,66 - 1,35	1,11 - 2,11	0,24 - 0,97
Agorafobia / Pánico	n = 4	n = 1	--
Rango real	0,83 - 1,23	1,68	--
Mediana Rango Real	0,97	1,68	
Rango Inter cuartil (25-75)	0,86 - 1,18	1,68	
Fobia específica	n = 0	n = 0	n = 0
Rango real	--	--	--
Mediana Rango Real			
Rango Inter cuartil (25-75)			
Fobia social	n = 2	n = 3	--
Rango real	0,90 - 1,04	1,37 - 1,96	--
Mediana Rango Real	0,97	1,78	
Rango Inter cuartil (25-75)	0,90 - 1,04	1,37 - 1,96	
TAG	n = 1	n = 1	1 Estudio
Rango real	0,92	0,96	0,76
Mediana Rango Real	0,92	0,96	0,76
Rango Inter cuartil (25-75)	0,92	0,96	0,76
TEPT	n = 2	n = 6	3 Estudios
Rango real	1,91 - 2,59	1,30 - 2,53	1,25 - 1,59
Mediana Rango Real	2,25	1,95	1,30
Rango Inter cuartil (25-75)	1,91 - 2,59	1,55 - 2,49	1,25 - 1,59
TOC	n = 2	n = 5	3 Estudios
Rango real	1,32 - 1,46	1,60 - 3,26	1,10 - 1,50
Mediana Rango Real	1,39	1,78	1,29
Rango Inter cuartil (25-75)	1,32 - 1,46	1,76 - 2,73	1,10 - 1,50
TAS	n = 0	n = 1	1 Estudio
Rango real	--	1,15	1,08
Mediana Rango Real		1,15	
Rango Inter cuartil (25-75)		1,15	
T. Estado de ánimo	n = 1	n = 3	--
Rango real	1,25	0,97 - 1,81	--
Mediana Rango Real	1,25	1,33	
Rango Inter cuartil (25-75)	1,25	0,97 - 1,81	
TCA	n = 0	n = 1	1 Estudio
Rango real	--	0,31 - 0,89	0,28 - 0,80
Mediana Rango Real		0,74	0,67
Rango Inter cuartil (25-75)		0,31 - 0,89	0,28 - 0,80

En cuanto a los porcentajes de pacientes **mejorados, recuperados** y que **dejan de cumplir los criterios diagnósticos**, la Tabla 51 muestra un resumen de los resultados observados en la revisión realizada.

Tabla 51. Resumen de porcentajes de pacientes mejorados, recuperados y que dejan de cumplir los criterios diagnósticos (Utilidad Clínica).

Trastorno	Nº MA/ Estudios (E)	% Mejorados	Nº MA/ Estudios (E)	% Recuperados	Nº MA/ Estudios (E)	Dejan de cumplir criterios diagnósticos
Ansiedad	1MA		1MA			
Rango real		43-79,3		43-60		
Mediana rango real		62		51,5		
Rango Intercuartil		43-73,9		43-60		
Ansiedad	2E		1E			
Rango real		62 - 73,9		43		
Mediana Rango real		67,9		43		
Rango Intercuartil		62 - 73,9		43		
Agorafobia / Pánico	3E		3E		1E	
Rango real		42,9 – 91,3		47,2 – 93,3		86,7
Mediana Rango Real		83,5		55		86,7
Rango Intercuartil		42,9 – 91,3		47,2 – 93,3		86,7
Fobia específica	2E		2E			
Rango real		90		60 - 73	--	--
Mediana Rango Real		90		66,5		
Rango Intercuartil		90		60 - 73		
Fobia social	3E		2E		1E	
Rango real		56 – 64,1		15 - 57		20
Mediana Rango Real		61,1		36		20
Rango Intercuartil		56 – 64,1		15 - 57		20
TAG	2E		3E			
Rango real		11 – 59		33 – 45,5		
Mediana Rango Real		17		37,5		
Rango Intercuartil		11 -59		34 – 43,6		
TEPT	3E		2E			
Rango real		67 - 97		65,1 - 87		
Mediana Rango Real		84,5		76,1		
Rango Intercuartil		67 - 97		65,1 - 87		
TOC	5E		2E			
Rango real		48 – 86		53 - 58		
Mediana Rango Real		66		55,5		
Rango Intercuartil		48,1 – 80,5		53 - 58		
TAS	1E					
Rango real		56,3				
Mediana Rango Real		56,3				
Rango Intercuartil		56,3				
T. Estado de ánimo	4E		2E			
Rango real		48 – 76,9		35,5 – 36		
Mediana Rango Real		56,6		35,8		
Rango Intercuartil		49,1 - 73		35,5 – 36		
TCA	2E		3E			
Rango real		55,9 – 79,6		36,8 – 52,9		
Mediana Rango Real		73		48		
Rango Intercuartil		55,9 – 79,6		36,8 – 52,9		

En algunos casos no hemos tenido suficientes datos de estudios como para poder tener un rango de resultados, en este caso hemos puesto un único dato que indica un valor alrededor del cual oscilará el resultado.

A modo de síntesis podemos concluir que la TCC tal y como es aplicada en contextos clínicos habituales consigue TE comparables o parecidos a los que han sido obtenidos en MA (Shadish et al., 2000) y porcentajes de pacientes mejorados y recuperados que no distan de los obtenidos en trabajos de investigación (Balaguer, et al., 2005; Castilla et al., 2005; Enjuanes et al., 2005; Labrador et al., 2010; Westbrook y Kirk, 2005).

Las dos mayores diferencias están en el número de abandonos (35-60% vs. 8-26%) y de sesiones que suelen ser bastante mayores en la práctica clínica habitual (p.ej., 26 vs. 14 sesiones). Kahn y Pike (2001) llevan a cabo un estudio en una Unidad de investigación clínica americana, para conocer los factores de riesgo asociados a los abandonos terapéuticos en el tratamiento de pacientes con AN. Se cuestionaron hasta qué punto ciertos aspectos de su programa de tratamiento serían generalizables a otros contextos argumentando que los pacientes que elegían acudir a un tratamiento gratuito de un centro clínico de investigación no eran representativos de los pacientes ingresados con AN en los servicios de salud privados. Explicaban que la media de hospitalizaciones en su unidad era un 33% más larga que la de los servicios privados (suele ser de unos 60 días), siendo que en los últimos años la duración de los ingresos se había reducido debido a las limitaciones en el reembolso por parte de las compañías de seguros. El resultado es que las hospitalizaciones parciales y los hospitales de día son actualmente intentos de proporcionar los tratamientos propios de las hospitalizaciones.

VII. PARTE EMPÍRICA

"Take nothing on its looks; take everything on evidence. There's no better rule"

Dickens, C. -Great Expectations-

CAPÍTULO 4: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace bastantes décadas, uno de los principales retos de la Psicología Clínica ha sido conseguir dar un servicio asistencial que responda a las demandas de los clientes que acuden tanto a servicios públicos como privados. Para conocer hasta qué punto los tratamientos disponibles responden a dichas demandas y tienen un impacto en la mejora de quienes acuden a consulta, los investigadores y los clínicos llevan décadas midiendo su repercusión y estudiando su eficacia y utilidad clínica.

En la introducción del presente trabajo, hemos revisado las publicaciones científicas (especialmente MA y revisiones sistemáticas) llevadas a cabo con dicho objetivo, desde una triple perspectiva:

- los estudios de viabilidad de los tratamientos, centrándonos en el problema de los abandonos.
- los estudios que miden la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales,
- los estudios que valoran la generalizabilidad de los tratamientos estudiados (efectos extrapolables a las poblaciones atendidas en la práctica clínica cotidiana).

Lo que se desprende de la revisión hecha en los anteriores capítulos del presente trabajo es que el volumen de estudios de utilidad clínica es muy inferior a los de eficacia. A su vez, sabemos que la difusión de los hallazgos de los estudios de eficacia suele estar limitada a revistas científicas sin llegar suficientemente a los profesionales implicados (Echeburúa, 1998), quienes podrían beneficiarse de dicho conocimiento. La consecuencia es que dichos avances no se han visto reflejados ni en la práctica clínica habitual ni en los contenidos de algunos programas de formación en psicología clínica (Echeburúa et al. 2005). A modo de hipótesis, consideramos que las limitaciones en la difusión pueden estar afectando directamente a la capacidad que tendrán los clínicos para ofrecer tratamientos eficaces lo que puede dificultar la consecución de los objetivos terapéuticos y, consecuentemente, incrementar el número de abandonos del proceso terapéutico.

Por otro lado, retroalimentándose con el punto anterior, encontramos que los datos que tenemos sobre la eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica se suelen basar en los pacientes que completan el tratamiento, aquellas personas que o bien lo rechazan o bien lo abandonan no son contempladas en estos datos. Como hemos visto, los abandonos que se obtienen en las investigaciones fluctúan entre el 6% (Pompoli et al., 2016) y el 56% (Sharf et al., 2010) y en la práctica clínica habitual entre el 26% (Swift y Greenberg, 2012) y el 82% (Morlino et al., 1995). Un dato de eficacia de una intervención psicológica sin considerar los abandonos será un dato muy sesgado, provocando una sobrestimación de los resultados.

Así, en este estudio relacionaremos la generalizabilidad de las intervenciones aplicadas en la UTC_UB (basadas en tratamientos eficaces con las pertinentes adaptaciones) con los abandonos que se producen durante la aplicación de los tratamientos (viabilidad). Hemos podido constatar que la forma de definir el

abandono de la terapia en los diferentes estudios analizados es muy diversa. No existe una única definición de abandono ni consenso en cuanto a lo que se entiende por tal. Como consecuencia, diferentes formas de definir los abandonos comportan que las tasas de abandono obtenidas en los estudios científicos analizados sean muy dispares (Hatchett y Park, 2003; Wierzbicki y Pekarik, 1993; Swift y Greenberg, 2012).

El análisis de los datos recogidos en la revisión teórica nos impulsa a la realización del siguiente trabajo con el fin de aportar nuevos datos sobre la generalizabilidad y la viabilidad de los tratamientos cognitivo-conductuales para un amplio abanico de problemas psicológicos. Una particularidad y, a su vez novedad, de los datos será el hecho de que las intervenciones psicológicas analizadas están conducidas por terapeutas durante el proceso de formación que les permitirá obtener el título de máster. Existen algunos estudios con terapeutas que han finalizado su formación máster y siguen recibiendo supervisión (sin incluir los terapeutas que realizan programas de doctorado).

4.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Los objetivos que nos planteamos en el presente estudio se refieren al análisis de dos aspectos relacionados con la utilidad clínica de las intervenciones desde el modelo cognitivo-conductual en una muestra de clientes atendidos en un centro universitario de formación de terapeutas. En concreto estudiaremos la generalizabilidad y la viabilidad atendiendo al fenómeno de los abandonos. El análisis de los abandonos terapéuticos es fundamental de cara a establecer la verdadera eficacia de la intervención.

4.2.1. OBJETIVOS RELACIONADOS CON LOS ABANDONOS DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO EN LA UTC_UB

Analizar los abandonos terapéuticos en la UTC_UB durante el periodo comprendido entre octubre de 1998 y febrero 2018 (ambos meses incluidos). En concreto se pretende obtener información sobre los siguientes aspectos:

1. El número de sesiones atendidas por los clientes que iniciaron el tratamiento en la UTC_UB, número que se comparará con el de otras investigaciones.
2. El **porcentaje** de abandonos para cada una de las definiciones de abandono propuestas: duración de la terapia, juicio del terapeuta, porcentaje de mejora (parcial y total) y porcentaje de recuperación (parcial y total). Los resultados de las distintas definiciones de abandono serán comparados con los obtenidos en los estudios de referencia.
3. El **momento** en que se producen los abandonos para cada una de las definiciones antes mencionadas.
4. Las **razones** que dan los clientes para dejar el tratamiento.
5. Identificar algunas de las variables asociadas a los abandonos (variables sociodemográficas, diagnóstico, etc.).

4.2.2. OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA GENERALIZABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO EN LA UTC_UB

Investigar la generalizabilidad de la TCC aplicada por terapeutas en formación. Esto implica:

1. Calcular el tamaño del efecto (TE) para los clientes atendidos en la UTC_UB en su conjunto, así como para diferentes submuestras diagnósticas (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y TCA). Se calcularán los TE para todos los clientes que iniciaron el tratamiento (ITT) y para los que lo finalizaron, analizando en este caso, las magnitudes del efecto en función de las diferentes definiciones de terminación.

2. Obtener datos de significación clínica (porcentajes de pacientes mejorados y recuperados) para los clientes atendidos en la UTC_UB siguiendo la misma pauta indicada para el cálculo del TE.
3. Comparar los resultados de TE y significación clínica entre los clientes que iniciaron el tratamiento (ITT) y los que lo finalizaron.
4. Comparar los datos obtenidos en la UTC_UB con los datos proporcionados por diversos MA y otras investigaciones sobre la eficacia y la utilidad clínica de la TCC en trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y TCA.

En relación con los objetivos anteriores y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la revisión inicial llevada a cabo, hemos formulado una serie de hipótesis que se exponen a continuación. Cuando las hipótesis se basen en alguna razón no contemplada en la revisión anterior, se explicitará dicha razón.

7.2.3. HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LOS ABANDONOS DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO EN LA UTC_UB

1. El número de sesiones atendidas por los clientes será mayor en la UTC_UB que en otros centros en los que se ha estudiado esta cuestión. La razón es que los terapeutas están en formación, tienen escasa experiencia y no siguen un protocolo rígido de sesiones prefijadas.
2. Los **porcentajes** de abandono en la UTC_UB serán más altos que los obtenidos en otros estudios de eficacia y de utilidad clínica
 - Los porcentajes de abandono serán superiores en TCA que en el resto de grandes categorías diagnósticas (trastornos de ansiedad y del estado de ánimo)
 - Los porcentajes de abandono serán superiores en la muestra AGO/TP y Fobia específica
 - El mayor porcentaje de abandonos será el derivado de la definición basada en los porcentaje de pacientes recuperados (especialmente los totalmente recuperados), mientras que el menor será el obtenido con la definición de abandono basada en la duración del tratamiento.
3. Con relación al **momento** en que se producen los abandonos, se espera que estos se produzcan con mayor frecuencia durante las primeras sesiones de terapia (hasta la sesión 5) para cada una de las definiciones de abandono propuestas.
4. Por lo que respecta a las **razones** que dan los clientes para dejar el tratamiento, los impedimentos ambientales y la desmotivación por parte de los clientes serán las razones más frecuentes. En nuestro centro también es esperable que el cambio de terapeuta, englobada en la categoría “baja motivación” (véase 5.2: Definiciones y motivos de abandono) pueda ser un motivo frecuente de abandono.

5. En cuanto a las **variables asociadas** a los abandonos, se espera que ser mujer, ser joven, estar soltero y presentar un diagnóstico de TCA será más probable entre los que abandonan que entre los que terminan.
6. Las variables situación laboral y toma de fármacos no estarán asociadas a los abandonos.
7. La variable diagnóstico también estará asociada al abandonos; en concreto, creemos que será más probable que abandonen los clientes con TCA y en el subgrupo de trastornos de ansiedad los clientes con AGO/TP y Fobia específica.

7.2.4. HIPÓTESIS RELACIONADAS CON LA GENERALIZABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO EN LA UTC_UB:

1. La magnitud del cambio medida a través de los TE será entre mediana y grande para los clientes que finalizaron el tratamiento (en todas las medidas y según todas las definiciones) y de pequeña a mediana para los clientes que lo empezaron (ITT).
2. Los porcentajes de clientes mejorados y recuperados serán mayores para los clientes que terminaron el tratamiento en comparación con los que lo empezaron (ITT).
3. En relación al diagnóstico, los mayores TE y porcentajes de pacientes mejorados y recuperados se obtendrán en los clientes con trastornos de ansiedad.
4. Las intervenciones llevadas a cabo en la UTC_UB no alcanzarán el TE de las intervenciones que se llevan a cabo en centros clínicos donde trabajan terapeutas experimentados y en unidades de investigación. Lo mismo es esperable que suceda con relación a los porcentajes de clientes mejorados y recuperados.

CAPÍTULO 5: MÉTODO

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio se ha realizado de forma retrospectiva (estudio *ex post facto*) lo que implica la imposibilidad de la manipulación de la variable independiente en el contraste de las relaciones causales. En nuestro caso, no se han variado las condiciones normales de asistencia psicológica que se ha llevado a cabo con pacientes que presentaban diversos problemas psicológicos.

En una primera fase se ha estudiado la viabilidad de las intervenciones que se llevaron a cabo durante 15 años en la UTC_UB. El primer paso fue estudiar la literatura publicada sobre los abandonos en terapia, para comparar los datos encontrados con los hallados en el presente estudio. Analizamos las diferencias que implicaba el hecho de estudiar los abandonos partiendo de 4 definiciones diferentes del mismo fenómeno.

La segunda fase se ha centrado en el estudio de la utilidad clínica de las intervenciones aplicadas en la UTC_UB, contrastando los datos obtenidos con los que han sido publicados en los estudios de eficacia y generalizabilidad de la terapia cognitivo-conductual. Durante el proceso hemos recogido, en los casos en que ha sido posible, medidas específicas (según el diagnóstico de cada cliente) y más generales en el pre-tratamiento y postratamiento, con el fin de estudiar los posibles cambios significativos tras el tratamiento; a este fin, hemos calculando los tamaños del efecto y los porcentajes de clientes mejorados y recuperados.

5.2 DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

La Unidad de Terapia de Conducta (UTC) es un servicio asistencial de la facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona (UB), que abrió sus puertas por primera vez en la primavera de 1985. Está reconocido como Centro Sanitario por la Comunidad autónoma de Cataluña (Saldaña et al., 2009).

Desde su creación, la UTC fue pensada como un servicio que pudiera cumplir una triple función. En primer lugar, ofrecer tratamiento psicológico tanto a personal y estudiantes de la UB, como a personas no pertenecientes a este colectivo. En segundo lugar, facilitar la formación práctica de posgrado a recién licenciados/graduados en psicología con interés en el ámbito clínico, y a estudiantes de grado que deseen realizar su prácticum en el centro. Y, por último, propiciar un contexto para la investigación en Psicología Clínica que ha facilitado la realización de algunas tesis doctorales y trabajos que han sido publicados en revistas científicas.

El entrenamiento que reciben los terapeutas noveles integra, por una parte, formación teórica en psicopatología, en habilidades terapéuticas y en el proceso de intervención (sus diferentes fases y las técnicas que lo integran). Por otra parte, la aplicación de los conocimientos adquiridos en la práctica profesional a partir de la supervisión sesión a sesión de la misma.

La **metodología de trabajo** de la UTC implica que cada paciente es atendido por un equipo de dos terapeutas, el sénior, que está en su segundo año de formación y el júnior en el primero. Esto implica que cada curso académico hay rotación de terapeutas: el de segundo año finaliza su formación, el de primer año pasa a terapeuta principal y entra un nuevo terapeuta júnior en las sesiones con los pacientes.

5.3 PARTICIPANTES

Los clientes considerados inicialmente en el presente estudio son aquellos que contactaron con la UTC para pedir una cita, que les fue asignada, entre octubre de 1998 y febrero de 2018, estando su historia clínica cerrada antes de finales de febrero de 2018. El total de clientes que se hallaron en esta situación fue de 1182 (ver Figura 1). Los **criterios de exclusión** al estudio fueron:

- no haber acudido a la primera sesión que tenían concertada con un terapeuta novel ($n = 211$),
- ser atendidos por terapeutas experimentadas ($n = 280$),
- ser menor de edad ($n = 71$),
- haber sido derivado a centros de intervención psicológica más especializados por el tipo de problema que se presentaba (trastorno mental severo como psicosis aguda o ideación suicida que requiriera hospitalización) ($n = 57$),
- haber acudido por problemas de pareja o familiares ($n = 22$),
- acudir en busca de asesoramiento psicológico (apoyo, potenciación de recursos en situaciones puntuales) ($n = 4$; de los cuales 3 acudieron a una única sesión y el cuarto acudió a 9 sesiones en las que recibió psicoeducación sobre el proceso de duelo),
- ser un caso activo a fecha 28 de Febrero de 2018 ($n = 4$)

Los **criterios de inclusión** al estudio fueron ser atendido por un terapeuta en formación y no cumplir ninguno de los criterios de exclusión descritos.

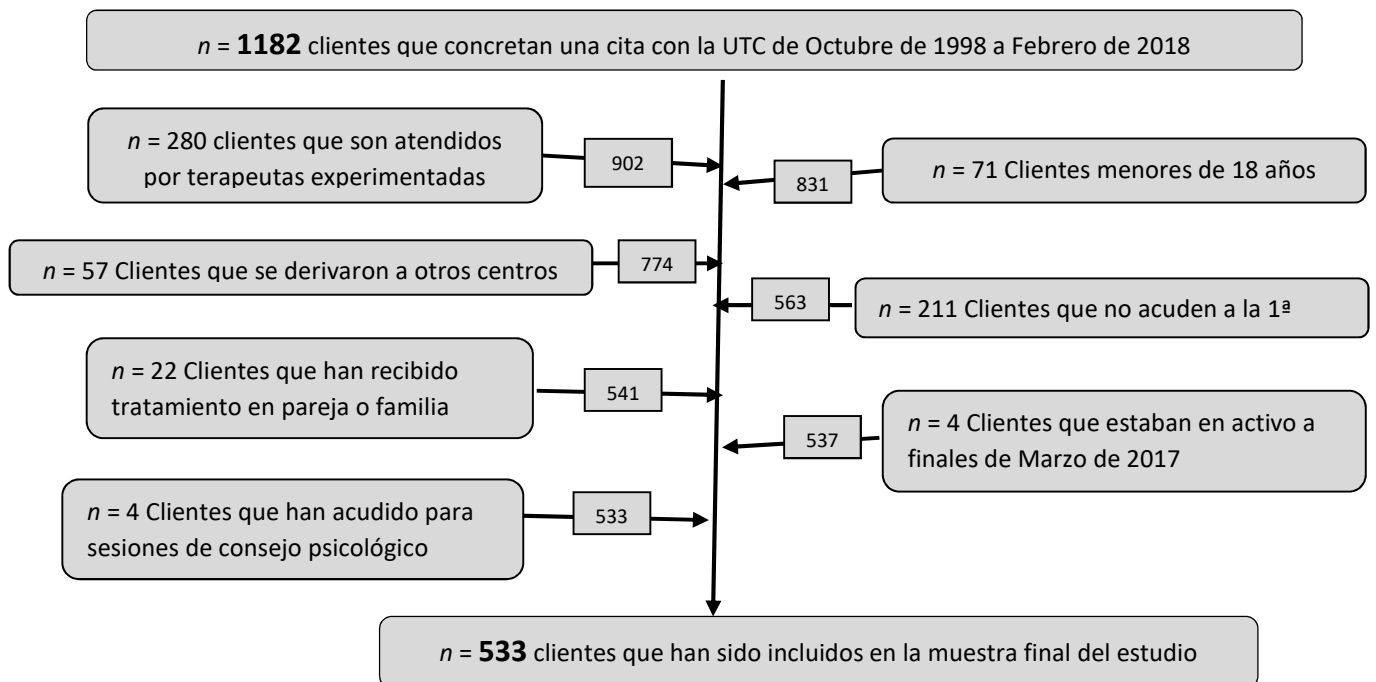


Figura1. Diagrama de flujo de los criterios de inclusión y exclusión a la muestra.

Así pues, tras excluir a 649 pacientes, la muestra final del presente estudio, estuvo constituida por 533 clientes. A continuación analizaremos sus características:

Tabla 52. Características de la muestra incluida en el presente estudio.

ASPECTO	NÚMERO	PORCENTAJE
Edad	<i>M:</i> 30,08 Años; <i>DT:</i> 10,26	
Sexo	Mujeres	70,2%
	Hombre	29,8%
Estado civil	Solteros	51,6%
	Casados o en pareja	43,9%
	Separados, divorciados o viudos	4,5%
Ocupación (Missing <i>n</i> =1)	Trabajan a tiempo completo	37,6%
	Trabajan a tiempo parcial	21,1%
	No trabajan	37,2%
	Baja o pensionista	4,1%
Tratamiento farmacológico (Missing <i>n</i> =8)	No	68%
	Sí. Tipo:	30,7%
	ansiolíticos	10,3%
	antidepresivos	8,8%
	antipsicóticos	0,2%
	ansiolíticos + antidepresivos	11,2%
	ansiolíticos + antidepresivos + antipsicóticos	0,2%
homeopatía	1,3%	
Colectivo UB*	Pertenece	46,2%
	No pertenece	53,8%

* Personal de Administración y Servicios (PAS), Personal Docente e Investigador (PDI) o estudiantes de grado, posgrado, master y doctorado.

Los diagnósticos principales que presentaron los 533 clientes, de acuerdo con el DSM-IV, DSM-IV-R y DSM-V (según el momento en el que fueron atendidos) fueron, los que se presentan en la Tabla 53. En la columna DIAG 1 se muestran las frecuencias de los diagnósticos principales y en la columna DIAG 2 los diagnósticos secundarios.

Tabla 53. Frecuencias y porcentajes de los diagnósticos principales y secundarios.

		DIAG 1		DIAG 2	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Trastornos de ansiedad	Tr. de angustia sin agorafobia	8	1,50	2	0,37
	Tr. de angustia con agorafobia	35	6,57	3	0,56
	Agorafobia sin hª de tr. de angustia	5	0,94	1	0,19
	Fobia específica	49	9,19	2	0,37
	Fobia social	52	9,76	14	2,63
	Tr. Ansiedad Generalizada (TAG)	39	7,32	15	2,81
	Tr. ansiedad no especificado	12	2,25		
	T.A. inducido por sustancias	1	0,19		
	Fobia Social Circunscrita: MHP	5	0,94		
	TOTAL	206	38,66	37	6,93
	Tr. Obsesivo Compulsivo (TOC)	15	2,81	2	0,37
	Tr. por Estrés Postraumático (TEPT)	1	0,19	2	0,37
	TOTAL	16	3,00	4	0,74
	TOTAL Tr. Ansiedad + TOC + TEPT	222	41,66	41	7,67
Trastornos del estado de ánimo	Tr. depresivo mayor	51	9,57	15	2,81
	Tr. distímico	19	3,56	5	0,94
	Tr. ciclotímico			1	0,19
	Tr. estado de ánimo inducido por sustancias	1	0,19		
	Tr. del estado de ánimo no especificado	2	0,38	3	0,56
	TOTAL	73	13,70	24	4,50
Trastornos adaptativos	Tr. adaptativo mixto con ansiedad y EA depresivo	16	3,00		
	Tr adaptativo con ansiedad	2	0,38		
	Tr. adaptativo crónico con estado de ánimo depresivo	1	0,19		
	Tr. adaptativo crónico con ansiedad	1	0,19		
	Tr. Adaptativo no especificado	2	0,38		
	TOTAL	22	4,14		
TCA	Anorexia Nerviosa (AN)	6	1,13		
	Bulimia Nerviosa (BN)	6	1,13		
	Tr. Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)	23	4,32	4	0,75
	TOTAL	35	6,58	4	0,75
Disfunciones sexuales	Vaginismo			3	0,56
	Anorgasmia	2	0,38		
	Dispareunia			2	0,37
	Deseo sexual hipoactivo			1	0,19
	Disfunción eréctil	1	0,19		
	TOTAL	3	0,57	6	1,12
Insomnio	Insomnio relacionado con tr. mental			1	0,19
	TOTAL			1	0,19
Tr. relacionados con sustancias y adicciones	Juego patológico	2	0,38		
	Dependencia a la nicotina	1	0,19	1	0,19
	Dependencia de alcohol	1	0,19	1	0,19
	Dependencia de cocaína	1	0,19		
	Tr. relacionado con el alcohol no especificado	1	0,19		
	TOTAL	6	1,14	2	0,38
Tr. disruptivos, de conducta y de control de impulsos	Tricotilomanía	3	0,56	1	0,19
	Tr. explosivo intermitente	4	0,75		
	Tics y tartamuudeo			1	0,19
	TOTAL	7	1,31	2	0,38

Tabla 53. Frecuencias y porcentajes de los diagnósticos principales y secundarios(continuación).

		DIAG 1		DIAG 2	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Tr. de síntomas somáticos y relacionados	Hipocondría	6	1,13	1	0,19
	Tr. dismórfico corporal	2	0,38	1	0,19
	Trastorno somatomórfico	1	0,19		
	Tr. por dolor asociado a factores psicológicos y enfermedad médica	1	0,19		
	TOTAL	10	1,89	2	0,38
Tr. de la personalidad	TPOC	1	0,19	3	0,56
	TP Evitativo			6	1,14
	TP Dependiente	2	0,38	4	0,75
	TP Paranoide	1	0,19	2	0,37
	TP Límite			1	0,19
	TP No especificado	2	0,19	2	0,37
	TOTAL	6	0,95	18	3,38
Otras condiciones foco de atención clínica	Problemas Susceptibles de Atención Clínica	78	14,63	6	1,13
	Tr. delirante	1	0,19		
	Problemas de identidad	6	1,13		
	Probl. de relación no especificado	4	0,75	3	0,56
	Probl. conyugales	4	0,75	2	0,37
	Problemas paterno-filiales	3	0,56	1	0,19
	Tr. facticio con predominio de signos y síntomas psicológicos	1	0,19		
	Tr. del Aprendizaje no especificado	1	0,19		
TOTAL	98	18,39	12	2,25	
No se llega a determinar el diagnóstico		51	9,58	421	79,00
TOTAL FINAL FRECUENCIAS DIAGNÓSTICOS		533	100%	533	100%

DIAG: Diagnóstico; Tr.: Trastorno.

5.4 DEFINICIONES DE ABANDONO

DEFINICIONES DE ABANDONO

Existen muchas formas de definir el abandono terapéutico. En el presente estudio nos hemos basado en cuatro definiciones del fenómeno, que detallaremos a continuación:

1. Duración del tratamiento

Se consideraron abandonos los casos que dejaron el tratamiento antes de haber realizado 14 sesiones a no ser que hubiera un acuerdo entre terapeuta y cliente para finalizar el proceso en caso de que el cliente hubiera alcanzado una mejora apreciable como consecuencia del mismo. La mejora apreciable vino determinada, según se especifica en la definición 3 del presente apartado (No haber mejorado). Hemos tomado la decisión de fijar la duración del tratamiento en 14 sesiones porque, tal y como se ha comentado en la introducción del presente trabajo, la investigación sobre la relación dosis-respuesta de Lambert et al. (2001) estimó que aplicando un análisis de supervivencia se requerían 14 sesiones para conseguir que el 75% de los pacientes mejoren significativamente.

2. Juicio del terapeuta

Se consideraron abandonos aquellos casos en los que el terapeuta valoró que no hubo una consecución de los objetivos terapéuticos en el momento de finalizar la intervención. Se codificaron como “abandonos” en la base de datos los casos en los que el apartado de “cierre” de la historia clínica recogía la valoración del terapeuta conforme el cliente había finalizado el tratamiento de forma unilateral debido a diferentes motivos (discutidos o no en terapia).

El proceso de intervención en la UTC_UB implica que tras el proceso de evaluación del caso se lleva a cabo el análisis funcional del mismo y se propone una valoración diagnóstica. Posteriormente, cliente y terapeuta consensuan los objetivos terapéuticos que van a guiar el proceso de tratamiento. La consecución de dichos objetivos se valoraba mediante las entrevistas clínicas y la aplicación de baterías de cuestionarios estandarizados o individualizados (en caso de no disponer de los anteriores o de que no se considerasen adecuados).

3. No haber mejorado

Se consideraron abandonos aquellos clientes que no hubieran conseguido una mejora apreciable a raíz del tratamiento, siendo valorada esta mejora a través del Índice de Cambio Estadísticamente Fiable (ICEF) de Jacobson y Truax (1991) o consiguiendo una reducción de al menos el 33% respecto de la puntuación pretratamiento en los casos en que el ICEF no podía ser calculado (no disponíamos de datos de fiabilidad test-retest de las medidas o habíamos utilizado cuestionarios individualizados). Los casos que presentaban

puntuaciones en el pretratamiento por debajo del punto de corte, se consideraron mejorados cuando conseguían una reducción del 33% en la puntuación del postratamiento respecto al pretratamiento.

Se calcularon dos tipos de mejoras, la mejora al menos parcial y total:

- **Mejora al menos parcial:** se lograba una mejora de al menos un tercio de las medidas analizadas.
- **Mejora total:** se lograba una mejora en al menos dos tercios de las medidas analizadas.

4. No haberse recuperado

Se consideraron abandonos aquellos clientes que no hubieran conseguido una recuperación a raíz del tratamiento. La recuperación suponía haber mejorado (parcial o totalmente) y cumplir el **Criterio de funcionalidad c de Jacobson y Truax (1991; Jacobson et al., 1999)**: mayor probabilidad de pertenecer a la población general que a la población disfuncional en el postratamiento. Los clientes podían cumplir el **Criterio de funcionalidad c**, recuperarse parcial o totalmente, de acuerdo a la siguiente pauta:

- **Cumplimiento del criterio c:** en caso de que hubiera dos medidas se cumplía parcialmente, si una de ellas estaba por debajo del nivel de funcionamiento en el postratamiento, y se cumplía totalmente si lo estaban ambas. En caso de disponer de tres o cuatro medidas se aplicó el mismo criterio que en la mejora: entre un y dos tercios de cumplimiento para parcial y al menos dos tercios para total.
- **Recuperación al menos parcial:** en caso de que hubiera dos medidas se requería haber mejorado y cumplir el Criterio de funcionalidad c en una de las medidas. En caso de más de dos medidas se debía haber mejorado y cumplir el criterio de funcionalidad entre el 33% y el 65% de las mismas.
- **Recuperación total:** en caso de que hubiera dos medidas se requería haber mejorado y cumplir el Criterio de funcionalidad c en las dos medidas. En caso de más de dos medidas se requería haber mejorado y cumplir el criterio de funcionalidad en al menos el 66% de las mismas.

A la hora de calcular los tamaños del efecto y la significación clínica de los resultados, tendremos en cuenta las definiciones de terminación, esto es, las inversas de las definiciones de abandono.

5.5 MOTIVOS DE ABANDONO

Las causas de abandono que se han tenido en cuenta en el presente estudio se derivan del análisis cualitativo que los terapeutas realizan una vez cerrado el caso clínico. Los diferentes motivos que los terapeutas han identificado como causantes de la finalización del tratamiento en el cierre de los casos, son los que se describen a continuación:

- **Incumplimiento terapéutico:** esta categoría responde a los casos en los que el terapeuta toma la iniciativa de poner fin al tratamiento sin haber alcanzado los objetivos terapéuticos. Los motivos por los que el terapeuta inicia este proceso de finalización responden a múltiples razones que tienen que ver con la falta de implicación del cliente en el proceso terapéutico, aunque continúe asistiendo a las sesiones de terapia.
- **No viene, no avisa:** implica que el cliente no atiende a una sesión programada y no vuelve a contactar con el centro, a pesar de que desde el centro se intenta en más de una ocasión dicho contacto. No se vuelven a tener noticias del cliente y se decide cerrar el caso.
- **Baja motivación:** el cliente explica no sentirse motivado de cara a continuar con el tratamiento propuesto. En ocasiones la baja motivación deriva de una insatisfacción con el tratamiento o el terapeuta. En este sentido hemos incluido en este apartado uno de los motivos registrados por los terapeutas ("**Cambio de terapeuta**") dado que una de las particularidades de la UTC_UB es la rotación de terapeutas (véase 5.5: descripción de los Terapeutas).
- **Considera que ha mejorado:** el cliente expresa sentir que ha mejorado y decide interrumpir el tratamiento aunque el terapeuta considere que no se han logrado de la forma adecuada los objetivos terapéuticos (en ocasiones se producen consecuciones parciales que no garantizan la estabilidad de los resultados en el tiempo).
- **Fuerza mayor:** esta categoría incluye dificultades externas que impiden la continuación del tratamiento. Entre ellas encontramos problemas de salud propios o de otros miembros de la familia, problemas de desplazamiento, traslado a un nuevo domicilio, horarios, nuevas responsabilidades, etc.

5.6 INSTRUMENTOS

Las medidas de resultado que han sido utilizadas en el estudio son cuestionarios que tienen buenas propiedades psicométricas. Hemos clasificado dichos cuestionarios en tres tipos:

a) **Cuestionarios específicos** o centrados en el problema o problemas principales del paciente. Esta categoría incluye los **cuestionarios estandarizados** seleccionados según el problema principal de los clientes y los **cuestionarios ad-hoc** contruidos para un cliente en caso de valorar que los primeros no se ajustaban a las necesidades de medición del problema presentado (véase Tabla 54 y Tabla 1 del anexo 2 para las propiedades psicométricas).

b) **Cuestionarios generales**, para evaluar aspectos básicos en cualquier tratamiento tales como el estado de ansiedad, el estado de ánimo deprimido y la psicopatología general. En concreto se han utilizado las Escalas de Ansiedad, Depresión, Estrés y Total de la versión de 21 ítems del DASS-21 (Lovibond y Lovibond, 1995) y el índice global de severidad del Inventario Breve de Síntomas (IGG del BSI) (Derogatis et al., 1982) (véase Tabla 55 y Tabla 2 del anexo 2).

c) **Cuestionarios de interferencia y calidad de vida** incluyen medidas de Interferencia Total y Global (Bados, 2000) y el Índice Multicultural de Calidad de Vida (Mezzich et al., 2000) (véase Tabla 56 y Tabla 3 del anexo 2).

Los **cuestionarios específicos** que se han considerado en el presente estudio, encontramos los que se detallan en la Tabla 54, agrupados por tipos de problema: ansiedad, pánico-agorafobia, fobia social (específica y generalizada), fobia específica (miedo a volar y ansiedad ante los exámenes), TAG, TEPT, TOC, tricotilomanía, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Auto-estima, ira y perfeccionismo.

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio.

TRASTORNO DE ANSIEDAD			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Beck Anxiety Inventory, BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) (Beck, Epstein et al., 1988; Beck y Steer, 1993)			
Evalúa la medida en que han resultado molestos los síntomas relacionados con un estado prolongado de ansiedad (minimiza la presencia de los síntomas relacionados con la depresión).	21	4 subescalas + Total (Beck y Steer, 1993): <ul style="list-style-type: none"> • Neurofisiológica • Subjetiva • Pánico • Autónoma 	7 6 4 4
TRASTORNO DE PÁNICO- AGORAFOBIA			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
The Body Sensations Questionnaire, BSQ (Cuestionario de Sensaciones Corporales) (Chambless et al., 1984)			
Evalúa el grado de miedo que la persona tiene a las sensaciones fisiológicas asociadas a la ansiedad.	17 + 1 en formato abierto	Unifactorial	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Agoraphobic Cognitions Questionnaire, ACQ (Cuestionario de Cogniciones Corporales) (Chambless et al., 1984)			
Mide la frecuencia con que se tienen pensamientos catastróficos sobre las consecuencias de la ansiedad, bien físicas, o bien sociales/conductuales	14 (Likert) + 1 en formato abierto	2 Factores: <ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias físicas - Consecuencias socio-culturales 	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Mobility Inventory for Agoraphobia, MIA (Inventario de Movilidad para la Agorafobia) (Chambless et al., 1985)			
Mide la conducta de evitación agorafóbica en 26 situaciones, tanto cuando el sujeto está solo como acompañado. También mide la frecuencia e intensidad de los ataques de pánico durante los últimos 7 días	28	3 factores: <ul style="list-style-type: none"> • evitación a lugares públicos • evitación a lugares cerrados • evitación a lugares abiertos 	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
The Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3 (Índice de Sensibilidad a la Ansiedad- 3) (Taylor et al., 2007)			
Mide la intensidad del miedo a los síntomas y las consecuencias de la ansiedad. Presenta posibles reacciones de miedo o ansiedad ante la vivencia de síntomas físicos, de descontrol cognitivo y observables socialmente para que el individuo marque (0-4) en qué grado los experimenta.	18	3 subescalas: <ul style="list-style-type: none"> • Física: miedo a los síntomas de tipo físico • Cognitiva: miedo a los síntomas de descontrol cognitivo • Social: miedo a las reacciones de ansiedad públicamente observables Puntuación total	6 6 6 18
FOBIA SOCIAL			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI (Inventario de Ansiedad y Fobia Social) (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989)			
Valora la frecuencia en que la persona se siente ansiosa en situaciones sociales y si escapa o evita. En muchas situaciones se distingue si la interacción es con extraños, figuras de autoridad, personas del sexo opuesto o gente en general. También mide posibles cogniciones, sensaciones y reacciones conductuales en situaciones sociales o al anticiparlas.	45 ítems con sub-ítems (total 109)	2 subescalas: <ul style="list-style-type: none"> - Fobia social - Agorafobia 	32 13

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Escala de Miedo a la Evaluación Negativa. Fear Negative Evaluation (FNE) (Watson y Friend, 1969)			
Pretende medir el componente cognitivo de la ansiedad social con la escala de respuesta verdadero/falso.	30	Unifactorial	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale-BFNE; (Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve) (Leary, 1983 a partir de Watson y Friend, 1969)			
Es la versión breve de la FNE	12	Unifactorial	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale- Revised, BFNE-II (Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve- Revisada) (Taylor, 1993 a partir de Leary, 1983)			
Es la conversión de los ítems inversos a directos del BFNE		Unifactorial	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Assertion Inventory, AI (Inventario de Aserción) (Gambrill y Richey, 1975)			
Valora el grado de ansiedad y la probabilidad de responder asertivamente en diferentes situaciones.	40	3 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Grado de inquietud (GI); • Probabilidad de respuesta asertiva (PR); • Identificación de situaciones donde se debería mejorar la asertividad. 	40 40
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Cuestionario del Estado de la Ansiedad Social, CEAS (Bados 2001)			
Permite conocer qué situaciones, conductas defensivas y pensamientos son pertinentes en un paciente en particular. Proporciona información semanal.	5 + 1 en formato abierto	Se pueden calcular distintas puntuaciones: Hemos tenido en cuenta la puntuación total.	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Social Phobia Scale, SPS; (Escala de Fobia Social) (Mattick y Clarke, 1998)			
Evalúa el miedo a ser observado mientras se llevan a cabo una serie de actividades: hablar, escribir, firmar, comer, beber o trabajar en público, usar los lavabos públicos, entrar en una situación donde ya hay gente sentada y viajar en transportes públicos	20		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Social Interaction Anxiety Scale, SIAS; (Escala de Ansiedad ante la Interacción Social) (Mattick y Clarke, 1998)			
Evalúa la ansiedad experimentada en la interacción con otras personas, al tener que ajustar el propio comportamiento al de los demás.	19	Unifactorial	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Social Avoidance and Distress Scale, SADS; (Escala de Malestar y Evitación Social) (Watson y Friend, 1969)			
Evalúa el malestar subjetivo en situaciones sociales y la evitación o deseo de evitación de las mismas.	28	3 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad Social • Evitación Social • Total 	14 14 28

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Multidimensional Scale of Social Expression – Cognitive Part, MSSE-C; (Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Cognitiva, EMES-C) (Caballo, 1993)			
Mide la frecuencia con la que el sujeto tiene distintos pensamientos negativos que pueden presentarse en una diversidad de situaciones sociales (Hacer cumplidos, Recibir cumplidos, Hacer peticiones, Rechazar peticiones, Expresión de afecto, Iniciación y mantenimiento de conversaciones, Defensa de los derechos, Expresión de opiniones personales, Manejo de críticas, Expresión justificada de molestia o desagrado y, Hablar en público)	44	12 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores • Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones • Temor a hacer y recibir peticiones • Temor a hacer y recibir cumplidos • Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto • Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas • Temor a una conducta negativa por parte de los demás al expresar conductas positivas • Preocupación por la reacción de los demás al expresar los propios sentimientos • Preocupación por la impresión causada en los demás • Temor a expresar sentimientos positivos • Temor a la defensa de los derechos • Asunción de posibles carencias propias • Puntuación global 	 11 5 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 2 2 44
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Multidimensional Scale of Social Expression – Cognitive Part, MSSE-M; (Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte EMES-M) (Caballo 1993)			
Mide la habilidad social en un amplio rango de situaciones sociales.	64	12 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Iniciación de interacciones • Hablar en público / Enfrentarse con superiores • Defensa de los derechos del consumidor • Expresión de molestia, desagrado, enfado • Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto • Expresión de molestia y enfado hacia familiares • Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto • Aceptación de cumplidos • Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto • Hacer cumplidos • Preocupación por los sentimientos de los demás • Expresión de cariño hacia los padres • Puntuación global 	 10 12 4 5 5 4 3 4 3 3 2 1 64

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Survey of Heterosexual Interactions, SHI (Inventario de Interacciones Heterosexuales). (Twentyman y McFall 1975, citado en Caballo, 1993)			
Evalúa la capacidad para desenvolverse en interacciones con personas de distinto sexo, aunque tal como está redactado este cuestionario es útil solo para hombres	4 preguntas generales 20 ítems		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Social Interaction Self-Statement Test, SISST (Cuestionario de Autoverbalizaciones en Interacciones Sociales). (Glass et al. 1982)			
Evalúa la frecuencia de pensamientos positivos y negativos en situaciones de interacción heterosocial.	30	2 subescalas: • Pensamientos positivos • Pensamientos negativos	15 15
FOBIA SOCIAL ESPECÍFICA: MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Personal Report of Confidence as a speaker, PRCS-R (Informe personal de Confianza como Orador) (Paul, 1966)			
Mide miedo a hablar en público en general a través de una diversidad de respuestas afectivas, cognitivas y conductuales.	30	Estructura unifactorial	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Inventario de Creencias al Hablar en Público- ICHP (Bados, documento personal de autor)			
Pretende evaluar las creencias básicas de las personas a la hora de hablar en público, según el grado de creencia en cada uno de ellas.	20		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
State Speech Anxiety Inventory, SSAI (Inventario de Estado de Miedo a Hablar en Público) (Lamb, 1972)			
Mide la intensidad del miedo experimentado al dar una charla en particular.	23		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Trait Speech Anxiety Inventory- TSAI (Inventario de Rasgo de Miedo a Hablar en Público) (Lamb, 1972)			
Mide el miedo a hablar en público que una persona siente en general.	28		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Speech Anxiety Thoughts Inventory- SATI (Inventario Relacionado con los Pensamientos a la Hora de Hablar en Público) (Cho, Smits y Telch, 2004)			
Evalúa una amplia gama de cogniciones disfuncionales que se tienen al hablar en público.	23	2 factores: • Predicción de una mala ejecución • Miedo a la evaluación negativa por parte del auditorio • Total	13 10 23
FOBIA ESPECÍFICA			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Claustrophobia Questionnaire, CLQ (Cuestionario de Claustrofobia) (Radomsky et al., 2001)			
Evalúa dos tipos de miedos claustrofóbicos: restricción de movimientos o ahogo. Se aplica a diversas áreas de fobias específicas.	26	2 subescalas: • Miedo a ahogarse • Miedo a la restricción de movimientos	14 12

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Blood-Injection Symptom Scale, BISS (Escala de Síntomas ante Sangre Inyecciones) (Page et al., 1997)			
Describe síntomas físicos producidos por situaciones de sangre-inyecciones	17	3 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad / Sensación de desmayo • Ansiedad • Tensión 1 sub-escala: <ul style="list-style-type: none"> • Miedo 	 9 4 4 8
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Acrophobia Questionnaire, AQ (Cuestionario de Acrofobia) (Cohen, 1977, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001)			
Evalúa el nivel de ansiedad y el grado de evitación en 20 situaciones diferentes sobre las alturas.	40	2 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Evitación 	20 20
FOBIA ESPECÍFICA: MIEDO A VOLAR			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Cuestionario de Miedo a Volar-II (CMV-II) (Bornas et al., 1999)			
Presenta situaciones relacionadas con el vuelo (situaciones previas, incidentes, información de catástrofes y aterrizaje) que se valoran en función del grado de malestar que producen.	30		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Fear Survey Schedule – 66, FSS-66 (Inventario de Reconocimiento de Miedos-66) (Arrindell y cols., 1991)			
Valora el grado de perturbación que producen estímulos (objetos, animales o situaciones) potencialmente ansiógenos.	66	4 factores: <ul style="list-style-type: none"> • situaciones interpersonales • muerte /daño físico/ enfermedad /sangre /procedimientos quirúrgicos • animales • agorafobia 	24 15 7 20
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Fear Survey Schedule – 89 FSS - 89 (Inventario de Reconocimiento de Miedos– 89) (Wolpe, 1982)			
Valora el grado de perturbación que producen estímulos (objetos, animales o situaciones) potencialmente ansiógenos.	89	Posibles factores: <ul style="list-style-type: none"> • situaciones interpersonales, • muerte/ daño físico/ enfermedad/ sangre/ procedimientos quirúrgicos, • animales y • agorafobia; Otros (menos frecuentes): <ul style="list-style-type: none"> • eventos naturales (agua, ruido, oscuridad) • sexo/agresión. 	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Fear Survey Schedule – 122 (Inventario de Reconocimiento de Miedos – 122) (Basado en Wolpe, 1969, tomado de Bartolomé et al., 1977)			
Valora el grado de perturbación que producen estímulos (objetos, animales o situaciones) potencialmente ansiógenos.	122	5 factores (Matesanz, 2006) Factor I: Evaluación social Factor II: Temor a animales pequeños Factor III: Aprensión ante el sufrimiento Factor IV: Tendencia obsesiva Factor V: Interacción social.	

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Multidimensional Fear of Death Scale- MFODS (Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte) (Hoelter, 1979, citado en Neimeyer y Moore, 1994).			
Evalúa el grado en que se está de acuerdo con ítems que describen varias dimensiones del miedo a la muerte.	42	8 sub-escalas: <ul style="list-style-type: none"> • miedo al proceso de morir, • miedo a lo muerto, • miedo de ser destruido, • miedo sobre las personas allegadas, • miedo de lo desconocido, • miedo a la muerte consciente, • miedo respecto al cuerpo después de la muerte • miedo a la muerte prematura 	
FOBIA ESPECÍFICA: ANSIEDAD ANTE LOS EXÁMENES			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Test Anxiety Scale, TAS (Escala de Ansiedad ante los Exámenes) (Sarason, 1980)			
Presenta aspectos cognitivos, emocionales y somáticos de la ansiedad ante los exámenes que se valoran como verdaderos o falsos.	37		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Revised Test Anxiety Scale-RTAS (Escala Revisada de Ansiedad ante los Exámenes) (Benson et al., 1992; Benson y El Zahhar, 1994).			
Mide la frecuencia con la que se experimentan preocupación, tensión, sensaciones corporales y pensamientos irrelevantes en relación a la situación de examen.	20	4 factores: <ul style="list-style-type: none"> • preocupación • tensión • sensaciones corporales • pensamientos irrelevantes para el examen 	6 5 5 4
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Test Anxiety Inventory-TAI (Inventario de Ansiedad ante los Exámenes) (Spielberger, 1980)			
Evalúa los componentes cognitivo (preocupación por los exámenes y el rendimiento en los mismos) y emocional (emociones y síntomas corporales percibidos) de la ansiedad ante los exámenes.	20	2 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación • Emocionalidad 	8 8
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)			
Penn State Worry Questionnaire- PSWQ (Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)			
Mide el rasgo de preocupabilidad, es decir la tendencia general a preocuparse del individuo.	16	Puntuación total Puntuaciones parciales: Tendencia a preocuparse Ausencia de preocupación	16 11 5
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Worry Domains Questionnaire - WDQ (Cuestionario de Áreas de Preocupación) (Tallis, Davey y Bond, 1994; Tallis, Eysenck y Mathews, 1992)			
Mide, a través de 25 ítems, la intensidad de preocupación que generan cinco áreas de la vida. La puntuación total expresa la frecuencia de las preocupaciones.	25	5 áreas de preocupación: <ul style="list-style-type: none"> • relaciones interpersonales, • falta de confianza en sí mismo, • futuro sin objeto, • incompetencia en el trabajo y • cuestiones económicas. 	5 5 5 5 5

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Worry Domains Questionnaire –Revised -WDQ-R; (Cuestionario de Áreas de Preocupación-Revisado) (van Rijsoort, Emmelkamp y Vervaeke, 1999)			
Se trata de la versión revisada del WDQ en la que se añade el área de la salud y se re-asignan los ítems a las escalas.	29	6 áreas de preocupación: <ul style="list-style-type: none"> • relaciones interpersonales, • falta de confianza en sí mismo, • futuro sin objeto, • incompetencia en el trabajo • cuestiones económicas • salud 	4 5 7 3 4 6
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Why Worry? -WW (¿Por Qué me Preocupo?) (Freeston et al., 1994)			
Pretende evaluar las creencias que se poseen sobre la utilidad de las preocupaciones explorando los motivos de preocupación que se tienen.	20	2 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Preocuparse es positivo para encontrar soluciones y el aumento de control • Preocuparse previene o reduce las consecuencias negativas o distrae de pensar en cosas peores 	8 12
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Why Worry Scale-II (WWS-II) (¿Por Qué me Preocupo-II) (Gosselin et al., 2003)			
Evalúa las creencias que se tienen sobre la utilidad de las preocupaciones	25	5 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Preocuparse ayuda a resolver problemas • Preocuparse motiva a actuar • Preocuparse protege de las emociones negativas caso de resultado negativo • Preocuparse previene los resultados negativos (pensamiento mágico) • Preocuparse es un rasgo positivo de personalidad 	5 5 5 5 5
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Intolerance of Uncertainty Scale- IUS; (Escala de Intolerancia a la Incertidumbre) (Freeston et al., 1994; Buhr y Dugas, 2002)			
Reacciones emocionales y conductuales de no estar seguro, cómo ser inseguro refleja el carácter de una persona, expectativas de que el futuro es predecible, frustración cuando no lo es, intentos de control del futuro y respuestas todo o nada en situaciones inciertas; y el cliente tiene que puntuar en qué grado son representativos en su caso.	27	2 Subescalas: <ul style="list-style-type: none"> • Incertidumbre tiene implicaciones negativas conductuales y personales • Incertidumbre es injusta y lo arruina todo 	15 12
TRASTORNO DE ANSIEDAD POR LA SALUD (TAS)			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Illness Attitude Scale-IAS (Escala de Actitud ante la Enfermedad) (Kellner, 1986)			
Trata de evaluar las actitudes asociadas a la hipocondría.	29 (2 preguntas abiertas)	9 sub-escalas: <ol style="list-style-type: none"> 1)Preocupación sobre la enfermedad 2) Preocupación sobre el dolor 3) Hábitos saludables 4) Creencias hipocondríacas 5) Tanatofobia 6) Fobia a las enfermedades 7) Preocupaciones corporales 8) Experiencia en tratamiento 9) Efecto de los síntomas 	3 3 3 3 3 3 3 3 3

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Davidson Trauma Scale (DTS (Escala de Trauma de Davidson) (Davidson et al., 1997)			
El sujeto califica la frecuencia e intensidad de los ítems del TEPT (reexperimentación intrusa del trauma, evitación y embotamiento emocional y hiperactivación) durante la semana previa.	17	2 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de síntomas • Gravedad de síntomas 	17 17
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Trauma-Related Guilt Inventory -TRGI (Inventario de Culpabilidad Relacionado con el Trauma) (Kubany et al., 1996)			
Mide una variable muy frecuente en el mantenimiento el TEPT: los sentimientos de culpa.	32	3 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Culpabilidad Global • Malestar • Cogniciones de Culpa 3 sub-escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Sesgo retrospectivo o Responsabilidad, • Mal comportamiento • Falta de justificación 	
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
The Obsessive-Compulsive Inventory- OCI (Inventario Obsesivo-Compulsivo) (Foa et al., 1998)			
Se valora la frecuencia y el malestar producido por una variedad de obsesiones y compulsiones que presentan las personas con TOC. El inventario enfatiza más las compulsiones	42	7 sub--escalas: <ul style="list-style-type: none"> • lavado • comprobación • duda • orden • obsesión • acumulación • neutralización mental 	8 9 3 5 8 3 6
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised -OCI-R; (Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado) (Foa et al., 2002)			
Es la versión abreviada del OCI que elimina la escala de frecuencia (era redundante). Presenta 18 ítems agrupados en 6 sub-escalas.	18	6 sub-escalas: <ul style="list-style-type: none"> • lavado • comprobación • orden • obsesión • acumulación • neutralización mental 	3 3 3 3 3 3
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Compulsive Activity Checklist –CAC; (Lista de Verificación de Actividades Compulsivas) (Philpott, 1975, citado en Raich, 1988)			
Mide el grado en que las conductas compulsivas interfieren en algunas actividades. Se calcula la puntuación total.	46	2 Factores: <ul style="list-style-type: none"> • Lavado/limpieza • Comprobación/actos repetitivos 	

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Yale Brown Obsessive Compulsive Scale – Self Report Version- YBOCS (Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown-Versión Autoadministrada) (Baer 1993, citado en Steketee, 1999)			
Consta de dos secciones: 1º) Lista de síntomas (obsesiones, compulsiones y conductas de evitación)	58		
2º) Escala de severidad de los síntomas: tiempo que ocupan las obsesiones, interferencia producida por las obsesiones, malestar asociado con las obsesiones, resistencia a las obsesiones, grado de control sobre las obsesiones, tiempo que ocupan las compulsiones, interferencia producida por las compulsiones, malestar asociado con las compulsiones, resistencia a las compulsiones, grado de control sobre las compulsiones.	10		
TRICOTILOMANÍA			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version (Inventario de Milwaukee para Subtipos de Tricotilomanía - Versión para Adultos) (Flessner et al., 2008)			
Evalúa el grado en que arrancarse el pelo es automático o “centrado”	15	2 sub-escalas: • Arrancarse el pelo “automático” • Arrancarse el pelo “centrado”	5 10
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale –MGH-HSP (Escala de Arrancarse el Pelo del Hospital General de Massachussets) (Keuthen et al., 1995)			
Evalúa la frecuencia e intensidad de los impulsos de arrancarse el pelo y la capacidad de controlarlos, la frecuencia de arrancarse el pelo, los intentos de resistirse, el control de la conducta de arrancarse el pelo y el malestar asociado a arrancarse el pelo	7	2 factores: • Gravedad • Resistencia y control	4 3
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Beck Depression Inventory-BDI (Inventario de Depresión de Beck) (Beck et al., 1979)			
Evalúa la gravedad de los síntomas depresivos. El sujeto valora su estado en relación a la última semana.	21		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Depression Inventory-II - BDI-II; (Inventario de Depresión de Beck-II) (Beck et al., 1979)			
Evalúa la gravedad de los síntomas depresivos. El sujeto valora su estado en las dos últimas semanas.	21		
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Beck Hopelessness Scale - BHS (Escala de Desesperanza de Beck) (Beck et al., 1974)			
Valora la severidad de la desesperanza desde un punto de vista cognitivo.	20		

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Body Shape Questionnaire -BSQ; (Cuestionario de la Figura Corporal) (Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987)			
Evalúa alteraciones en actitudes respecto a la cuerpo, un concepto psicológico que se divide en: insatisfacción corporal y preocupación por el peso.	34	Unifactorial	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Eating Disorders Inventory- EDI; (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria) (Garner, Olmstead y Polivy, 1982, citado en Perpiñá, 1996)			
Evalúa los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de la anorexia y bulimia nerviosas.	64	8 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Motivación para adelgazar • Bulimia • Insatisfacción corporal • Ineficacia • Perfeccionismo • Desconfianza interpersonal • Consciencia interoceptiva • Miedo a madurar 	 7 7 9 10 6 7 10 8
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Eating Disorders Inventory- EDI-II; (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-II) (Garner, 1998)			
Instrumento de autoinforme que evalúa síntomas de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.	91	8 escalas principales: <ul style="list-style-type: none"> • Obsesión por la delgadez (DT) • Bulimia (B) • Insatisfacción corporal (BD) • Ineficacia (I) • Perfeccionismo (P) • Desconfianza interpersonal (ID) • Conciencia interoceptiva (IA) • Miedo a la madurez (MF) 3 escalas adicionales: <ul style="list-style-type: none"> • Ascetismo (A) • Impulsividad (IR) • Inseguridad social (SI) 	 7 7 9 10 6 7 10 8 8 11 8
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Eating Attitudes Test - EAT-40; (Test de Actitudes ante la Alimentación) (Garner et al., 1982, citado en Perpiñá, 1996)			
Evalúa las actitudes con respecto a la comida.	40	3 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Dieta • Bulimia y preocupación por la comida • Control oral 	 13 6 7
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Eating Attitudes Test - EAT-26; (Test de Actitudes ante la Alimentación) (Garner et al., 1982, citado en Perpiñá, 1996)			
Evalúa las actitudes con respecto a la comida.	26	3 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Dieta (evitación patológica de alimentos altamente calóricos y preocupación por estar más delgada) • Bulimia y preocupación por la comida (asociado a peor pronóstico) • Control oral (autocontrol de la conducta de comer y presión percibida que los demás ejercen para aumentar de peso (asociado a mejor pronóstico). 	 13 6 7

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

AUTOESTIMA			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Self-Esteem Rating Scale (SERS) (Escala de Valoración de la Autoestima) (Nugent y Thomas, 1993)			
Evalúa la autoestima (los niveles problemáticos o positivos) a través de una serie de áreas de autoevaluación: la estima a uno mismo, competencia social, habilidad para resolver problemas, habilidades intelectuales y el valor referido a otras personas.	40	Unidimensional	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Beck Self-Esteem Scales- BSES (Escala de Autoestima de Beck) (Beck et al., 2001)			
Evalúa cómo se ve una persona a sí misma (escala sí mismo) y cómo cree que la perciben los demás (escala otros) a partir de 18 pares de adjetivos (p.ej., popular-impopular, independiente-dependiente, etc.).	36	2 escalas: <ul style="list-style-type: none"> • Escala sí mismo • Escala otros 	 18 18
IRA			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI (Inventario de Estado-Rasgo de Expresión de Ira) (Spielberg, 1988, citado en Miguel-Tobal et al., 1997)			
Evalúa estado, rasgo de ira y las distintas facetas de la expresión de la ira.	44	3 factores: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ira • Rasgo de ira <ul style="list-style-type: none"> - Temperamento de ira - Reacción de ira • Expresión de ira <ul style="list-style-type: none"> - Ira interna - Ira externa - Control de ira 	 10 10 24
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2 (Inventario de Estado-Rasgo de Expresión de Ira -2) (Miguel Tobal et al., 2001).			
Mide el estado y rasgo de ira y la expresión y control de la ira	49	6 escalas, 5 subescalas y 1 índice de expresión de la ira: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ira <ul style="list-style-type: none"> Sentimiento Expresión verbal Expresión física • Rasgo de ira <ul style="list-style-type: none"> Temperamento de ira Reacción de ira • Expresión externa de ira • Expresión interna de ira • Control externo de ira • Control interno de ira • Índice de expresión de ira 	 15 10 6 6 6 6 24

Tabla 54. Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (Continuación).

PERFECCIONISMO			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Multidimensional Perfectionism Scales, MPS (Escala Multidimensional de Perfeccionismo) (Frost et al., 1990)			
Evalúa el grado en que el sujeto se identifica con diversas dimensiones del perfeccionismo.	35	6 factores: <ul style="list-style-type: none"> • preocupación por los errores • normas personales elevadas • percepción de elevadas expectativas de los padres respecto a uno • percepción de padres críticos • dudas sobre si se han hecho bien las cosas • preferencia por el orden y la organización 	9 7 5 4 4 6

Los cuestionarios generales que se han utilizado en el presente estudio corresponden al protocolo de evaluación de la UTC_UB y van a ser descritos en la Tabla 55.

Tabla 55. Cuestionarios Generales utilizados en el estudio.

CUESTIONARIOS GENERALES			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21 (Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés) (Lovibond y Lovibond, 1995)			
Versión reducida del cuestionario DASS-42 que pretende diferenciar entre ansiedad y depresión y presenta las ventajas de ser más breve y presentar una estructura factorial más limpia y menores correlaciones entre factores	21	Consta de 3 factores: <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresión 2. Ansiedad 3. Estrés Factor de orden superior: malestar psicológico general → puntuación total	7 cada factor
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory BSI-IGS) (Derogatis y Spencer, 1982)			
Es la versión reducida de la versión original SCL 90-R y mide el malestar causado por cada problema durante los últimos 7 días.	53	9 subescalas (Somatización, Obsesión compulsión, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo). 3 puntuaciones globales: <ul style="list-style-type: none"> • Índice Global de Severidad (IGS): es el índice global más sensible del nivel de malestar de una persona, ya que combina la información proveniente del número total de síntomas y de la intensidad del malestar. • Índice de Malestar referido a Síntomas Positivos, y • Total de Síntomas Positivos. 	

En la Tabla 56 se presentan los cuestionarios relativos a las escalas de Interferencia y Calidad de Vida.

Tabla 56. Cuestionarios de Interferencia y Calidad de vida.

CUESTIONARIOS DE INTERFERENCIA Y CALIDAD DE VIDA			
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Escala de Interferencia (Bados, 2000)			
Mide la interferencia producida por el problema de una persona en su vida en general y en 9 áreas específicas: 1. Trabajo y estudios 2. Amistades 3. Relación de pareja 4. Vida familiar 5. Manejo de la casa 6. Tiempo libre con otros 7. Tiempo libre solo 8. Economía 9. Salud	10	Consta de 2 Subescalas : - Interferencia Total - Interferencia Global	
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Nº ítems factores
Multicultural Quality of Life Index –MQLI (Índice Multicultural de Calidad de Vida) (Mezzich et al., 2000)			
Valora 9 dimensiones de la calidad de vida: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual; además, incluye una percepción global de la calidad de vida.	10	Un único factor. En algunos estudios 2 factores: - satisfacción personal - apoyo social y comunitario	

5.7. TRATAMIENTO

A continuación se describe el proceso de intervención que se siguió a lo largo del periodo estudiado y que se sigue manteniendo en la UTC_UB. En concreto, las actividades llevadas a cabo son las siguientes:

- Inicialmente se realiza una evaluación del caso que puede ocupar entre 2 y 5 sesiones (3 por lo general). La evaluación se realiza mediante entrevistas clínicas semi-estructuradas y la utilización de otros métodos como los cuestionarios estandarizados o individualizados y los auto-registros. La duración de la primera sesión es de alrededor de una hora y media, y el resto de sesiones de evaluación se programan para durar una hora. En caso de que sea posible, se entrevista a alguna persona significativa del entorno del paciente durante el proceso de evaluación para ampliar las fuentes de información y analizar las convergencias o divergencias entre las mismas. Este análisis permite ir redefiniendo las hipótesis sobre el caso y conduce a una mejor formulación del mismo.

- Finalizado el proceso de evaluación se dedican entre 1 y 2 sesiones (lo normal es 1) a la discusión de las hipótesis explicativas del mantenimiento del problema(s), proceso que lleva a la derivación del Análisis Funcional del caso. Confeccionado el Análisis Funcional los terapeutas resuelven una orientación diagnóstica del caso, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

- Los objetivos terapéuticos son planteados por los clientes con la ayuda de sus terapeutas, quienes les orientan en su realismo, aceptabilidad, especificidad, entre otras. Se busca un acuerdo en los mismos antes de iniciar el tratamiento.

- Las sesiones de tratamiento se planifican de forma individualizada en función de la hipótesis explicativa del mantenimiento del problema, de las características del problema(s) y del cliente y, de los objetivos terapéuticos pactados con los clientes. La duración de las sesiones de tratamiento es generalmente de 1 hora. Las sesiones de tratamiento suelen llevarse a cabo con una frecuencia semanal, aunque en algunas ocasiones, adaptarse a las necesidades de los clientes supone o bien intensificar el tratamiento, o bien distanciar su periodicidad. Los terapeutas dirigen las sesiones de tratamiento pactando un orden del día (previamente supervisado) con los clientes. Tal y como determina el modelo cognitivo-conductual, todos los tratamientos aplicados requieren la realización de actividades entre sesiones por parte de los clientes.

Se valora la consecución de los objetivos terapéuticos mediante la utilización de los instrumentos utilizados en la evaluación (entrevistas clínicas, cuestionarios y análisis de los Auto-registros). En caso de llegar al fin del tratamiento se programa un plan de mantenimiento de los resultados y se programan las sesiones de seguimiento correspondientes (al mes, a los 3 meses y al año de finalizar el tratamiento). La Tabla 57 resume el proceso de intervención descrito en este apartado.

Todas las intervenciones que hemos recogido en el estudio han sido individuales. Se registró en todos los casos si se estaba combinando el tratamiento psicológico aplicado en la UTC_UB con otros tratamientos para el mismo problema y se analizó la compatibilidad entre ellos. En los casos en los que fue necesario se realizó una inter-consulta con otros profesionales (especialmente en casos de combinación con farmacoterapia).

Tabla 57. Resumen del proceso de intervención en la UTC_UB.

ACTIVIDAD →	Evaluación	Análisis Funcional	Objetivos + plan de tratamiento	Aplicación del tratamiento	Plan de mantenimiento	Seguimientos
MODA	3	1	1	--	1	3
Nº SESIONES	2-5	1-2	0,5-1	Varía en cada caso. Las necesarias para alcanzar los objetivos terapéuticos	1	1 mes, 3 meses y 1 año

La supervisión de todas las sesiones que llevaron a cabo los terapeutas noveles fue, salvo alguna excepción, de frecuencia semanal y se llevó a cabo siguiendo el método descrito en el apartado 5.5 Terapeutas. Los tratamientos aplicados en la UTC_UB fueron adaptaciones de protocolos de intervención cognitivo-conductual que cuentan con apoyo empírico para diferentes problemas psicológicos. La Tabla 58 muestra un resumen de algunos de ellos.

Tabla 58. Tratamientos psicológicos eficaces (Chambless et al. 1996, 1998. Pérez et al. 2003).

TRASTORNO PSICOLÓGICO	PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN
Pánico con agorafobia	Barlow et al. (1988) Barlow (1988, 2002) Clark et al. (1994)
Fobias específicas	Öst et al. (1991) Trull et al. (1988)
Fobia Social	Heimberg y col 1990
TAG	Borkovek y Ruscio (2001) Butler et al. (1991) Brown, O'Leary, y Barlow, (2001).
TEPT	Foa 1991
TOC	Kozak y Foa, (1997a, 1997b) Van Balkom et al. (1994) Steketee (1999) Foa y Franklin (2001) Foa (2004)
Trastornos del Estado de Ánimo	Curso de afrontamiento de la depresión (Lewinsohn et al. 1994) Terapia de autocontrol (Rehm, 1977) Terapia de solución de problemas (Nezu et al. 1989; Areán, 2000) Terapia conductual de pareja (Jacobson et al 1991; Beach, 2001) Dobson 1989 Terapia Cognitiva (Dobson, 1989) Terapia de Conducta (Jacobson et al. 1996)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	Fairburn (1995); Fairburn (2008); Fairburn, Cooper, y Shafran, (2003).

Dicha adaptación viene condicionada por variables idiosincrásicas de cada caso (características y expectativas del paciente, intensidad de los problema(s), comorbilidad con otros problemas, variables ambientales que favorecen o dificultan el proceso de intervención, etc.). Los objetivos terapéuticos individualizados permiten seleccionar las estrategias terapéuticas adecuadas, evaluar los progresos y establece unos criterios claros que permiten decidir en qué momento conviene finalizar el tratamiento.

Lazarus (1981) defiende la libertad del clínico de poder utilizar cualquier técnica validada, independientemente de su origen, en los tratamientos psicológicos administrados. Defiende que dicho eclecticismo técnico no puede regir la práctica del investigador, pero sí la del clínico dado que su principal función es preocuparse por el principio de beneficencia de sus pacientes. La validación de las técnicas empleadas tiene que ser una consecuencia de la aplicación del método científico-experimental (Olivares et al., 2012), garantizando así un rigor a la intervención aplicada. En el caso de las técnicas aplicadas en la UTC_UB, se basan todas en el modelo cognitivo-conductual y en cada uno de los tratamientos aplicados se han combinado dos o más de las técnicas listadas a continuación:

- Psicoeducación: información sobre el trastorno, modelo explicativo del mismo individualizado y justificación del tratamiento.
- Técnicas cognitivas: reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, resolución de problemas.
- Técnicas de exposición: interoceptiva, en vivo, simulada, imaginal, exposición con prevención de respuesta.
- Técnicas de desactivación: respiración controlada, relajación muscular progresiva.
- Entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en habilidades específicas, tales como conducir o saber interaccionar con animales (entre otras).
- Otras técnicas conductuales: técnicas operantes, programación de actividades gratificantes, organización del tiempo, etc.

5.8. TERAPEUTAS

Los terapeutas de la UTC_UB han sido, psicólogos licenciados o posteriormente graduados en psicología que han cursado su especialización clínica en el centro.

En el curso 2009-2010 la formación práctica de la UTC_UB se vinculó al Master de Psicología Clínica y de la Salud de la facultad de Psicología de la UB. Entre los cursos 2009-2010 y 2011-2012, once de los doce alumnos seleccionados fueron alumnos del Master. A partir del curso 2013-2014 el acceso a la UTC_UB se restringió a los alumnos del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria (MUPGS). Al igual que los alumnos del máster anterior, estos alumnos realizaron muchas más horas de formación práctica (2200 horas) que las requeridas por cualquiera de los dos másters mencionados (750 horas).

La Tabla 59 ofrece el resumen de algunos datos sociodemográficos de la muestra de terapeutas.

Tabla 59. Distribuciones por sexo y rango de edad de los/as terapeutas de la UTC_UB.

TOTAL TERAPEUTAS	MUJERES	HOMBRES	RANGO DE EDAD
N=72	N=55 (76,4%)	N=17 (23,6%)	Real: 21-33 años Usual: 21- 25 años

Como psicólogos en formación, los terapeutas que han participado en el estudio no tenían entrenamiento o **experiencia** previos en la aplicación de los tratamientos psicológicos requeridos, en el sentido de que no habían conducido sesiones de terapia directamente. La experiencia con la que contaban al adoptar el rol de terapeuta principal (terapeuta que conduce la sesión) se basaba en haber participado durante un año como coterapeutas, haber recibido supervisión, haber asistido a sesiones clínicas, haber participado en sesiones de formación tanto de habilidades terapéuticas como de aplicación de técnicas y haber superado una prueba de competencias.

Las **actividades formativas** en las que participan los terapeutas durante los dos años de formación propician la adquisición de las habilidades necesarias para el ejercicio eficaz de la profesión. Las actividades concretas son las siguientes:

- Preparación y conducción de sesiones de evaluación y tratamiento individuales y grupales (terapeutas séniors).
- Participación como co-terapeutas (júnior) en sesiones de terapia conducidas, por una parte, por sus compañeros sénior y, por otra parte, por psicólogas con amplia experiencia clínica. La observación de diferentes modelos amplía el acceso a recursos terapéuticos mediante el aprendizaje vicario y genera una oportunidad para reflexionar de forma crítica sobre los diferentes estilos y habilidades terapéuticas de cada terapeuta. Este proceso ayuda en el proceso de valoración y consolidación de las habilidades terapéuticas y técnicas que requiere cada proceso de intervención.

- Supervisiones tanto de la preparación de las sesiones como de su realización. Los terapeutas reciben retroalimentación sobre la conducción de las mismas por parte de dos Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, en concreto los directores del centro (y también directores de esta tesis) que tienen una amplísima experiencia en la supervisión de casos clínicos y están acreditados al respecto por la SCRITC según los estándares de la EABCT. Las sesiones de supervisión se llevan a cabo en formato grupal dentro del horario del programa de formación del centro (cada martes y jueves de 9 a 14:30h) e individualmente en los casos en los que existió la necesidad. El objetivo de estas sesiones es que mediante el reforzamiento y la retroalimentación correctiva, los terapeutas noveles puedan ir avanzando como clínicos. Las sesiones son un espacio de aprendizaje grupal, los terapeutas aprenden de su propia experiencia clínica y de forma vicaria de la experiencia de los casos que están llevando el resto de terapeutas en formación. Se genera un espacio de análisis y reflexión crítica muy enriquecedor.
- Supervisiones a través del visionado de grabaciones de vídeo de algunas sesiones conducidas por los terapeutas que generan grandes oportunidades de aprendizaje dado que a través de la retroalimentación y el reforzamiento, suponen una modalidad de formación muy individualizada en el manejo de las habilidades terapéuticas y la aplicación de las técnicas .
- Participación en sesiones de formación que imparten otros dos formadores sobre habilidades terapéuticas y técnicas de intervención desde el modelo cognitivo-conductual. Son sesiones en las que, por una parte, se profundiza en la aplicación de técnicas psicológicas ampliamente utilizadas en el modelo cognitivo-conductual y por otro lado se trabajan las habilidades terapéuticas que permiten establecer una buena alianza de trabajo. Profundizaré en el formato de este tipo de formación en el apartado de propuestas del presente trabajo, dado que es un aspecto central y un rasgo diferencial de la formación de la UTC_UB respecto a la formación que ofrecen otros centros y programas.
- Participación en reuniones científicas y congresos. Todos los terapeutas acuden a algunas reuniones científicas durante los dos años de formación y algunos terapeutas de la UTC_UB tienen la oportunidad de presentar alguno de los trabajos que han estado realizando en el centro.
- Publicación de trabajos clínicos en revistas científicas. En algunos casos los terapeutas han tenido la oportunidad de presentar su trabajo en alguna revista científica normalmente se trata de trabajos derivados de su práctica terapéutica presentando algún caso clínico de interés y/o del Trabajo de Final de Master (TFM).

Al tratarse de un estudio retrospectivo, los terapeutas en su momento desconocían que los datos relativos a sus procesos de intervención psicológica serían analizados. Por tanto, desconocían las hipótesis de la presente investigación.

En el presente estudio no disponemos de datos relativos a la influencia que la variable “terapeuta” haya podido tener respecto a los resultados del tratamiento aplicado. La asignación de los terapeutas a la atención de los distintos pacientes se hacía siguiendo criterios aleatorios como:

- la carga de trabajo de cada terapeuta (el número de pacientes que en ese momento atendía dado que el número de casos asignados por terapeuta era, en general, como máximo de 6 clientes al mismo tiempo);
- el hecho de que las dadas de terapeuta y co-terapeuta fueran lo más equilibradas posibles, de modo que todos los terapeutas en formación tuvieran la oportunidad de trabajar con el resto de sus compañeros;
- que cada terapeuta tuviera la oportunidad de atender a clientes con diferentes tipos de problemas y
- que llevaran un número similar de casos con cada supervisor.

En ningún caso las habilidades o preferencias de los terapeutas fueron las variables decisorias en dicha asignación. Una cuestión clave relativa a la forma de funcionar de la UTC_UB es el hecho de que cada mes de julio el terapeuta sénior se retira del proceso terapéutico, pasando el terapeuta júnior a ser sénior y se incorpora un nuevo terapeuta como júnior en el mes de octubre. Durante el mes de agosto el servicio está cerrado por vacaciones y en septiembre el terapeuta que pasa a ser sénior visita en solitario.

Aunque se trata de un cambio programado, informado desde el inicio del proceso de intervención y preparado con antelación. La preparación para el relevo de terapeutas implica que desde el mes de abril el terapeuta júnior va adquiriendo más protagonismo en las sesiones y termina tomando el papel principal antes del relevo para favorecer la transición. Aún así, el cambio supone una redefinición de la alianza terapéutica

Consideramos que en el momento en que los terapeutas escogieron la formación de la UTC_UB, es porque, a priori la TCC era un modelo con el que se sentían en congruencia. Todos los terapeutas en formación se habían presentado voluntariamente a una convocatoria de 4 plazas de formación anual, pasando por un proceso de selección previa y se comprometían a permanecer el periodo de dos años que dura la formación y a colegiarse.

5.9 PROCEDIMIENTO

5.9.1. PROCESO SEGUIDO POR LOS CLIENTES DE LA UTC_UB

Los clientes que acudieron a la UTC_UB contactaron con el centro telefónicamente (y en algunas ocasiones de forma presencial) y fueron atendidos por un psicólogo que, en un principio les proporcionó información sobre el funcionamiento del centro y recogió su motivo de consulta en caso de que estuvieran de acuerdo en tener una primera visita en el centro. Esperaron que se pusieran en contacto con ellos para concertar dicha primera entrevista y una vez acudieron, iniciaron el proceso de intervención según los pasos que se detallan en el apartado 5.4.

5.9.2. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de los datos se llevó a cabo de forma retrospectiva analizando las historias clínicas de los clientes del centro (UTC_UB) incluidos en el estudio (período 1999 a 2018). Se confeccionó una base de datos con el programa SPSS en la que se incluyeron los siguientes datos:

- número de registro del caso (según la codificación del centro),
- atendido por un terapeuta en formación,
- pertenece a la UB (si o no)
- edad, sexo, estado civil y situación laboral,
- cumplimiento terapéutico y en caso de abandono las causas del mismo
- sesiones de evaluación, de tratamiento y totales
- toma de fármacos y tipos
- diagnóstico principal y secundario

A su vez se confeccionó una base de datos en la que se recogieron las puntuaciones directas y transformadas de los cuestionarios más relevantes (tanto específicos como generales), según el diagnóstico principal, en cada caso. Los datos de los cuestionarios se obtuvieron de las tablas de resultados incluidas en cada historia clínica.

5.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Comparaciones entre los clientes que iniciaron (ITT), finalizaron y abandonaron el tratamiento

Para analizar las posibles diferencias en el pretratamiento entre los clientes que iniciaron el tratamiento (ITT) y los que lo finalizaron y estos últimos con los que lo abandonaron se estudiaron las distribuciones de las muestras, siempre que estas contaran con una $n > 5$. Se calcularon las Medias (M) y Desviaciones Típicas (DT), las Medianas (Me) y Rangos Intercuartil (RIQ), y las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk.

Posteriormente se compararon los grupos (terminan y abandonan el tratamiento) en las variables continuas (edad): pruebas t de Student (en caso de normalidad de las distribuciones) o U de Mann-Whitney (en caso de no normalidad o de muestras inferiores a 30 sujetos).

Por otra parte, se utilizó la prueba de ji cuadrado para estudiar diferencias entre grupos en las variables nominales (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos y diagnóstico). En caso de existir diferencias estadísticamente significativas entre las variables categóricas se calculó la **V de Cramer** para medir la asociación entre dichas variables. El criterio utilizado para la interpretación de los resultados ha sido el siguiente (López-Roldán y Fachelli, 2015):

0 - 0,25: poca asociación

0,26 - 0,5: asociación media

0,6 - 0,75: alta asociación

> 0,76: muy alta asociación

Análisis estadístico de los cambios entre pretratamiento y postratamiento

En la UTC_UB se utilizan múltiples medidas cuantitativas para valorar los cambios debidos al proceso de intervención (eficacia y significación clínica). Con el fin de poderlas analizar conjuntamente, todas las medidas específicas (pre y postratamiento) se convirtieron a una escala de 0 a 100, en la que 100 era la máxima puntuación en el sentido patológico. De las diferentes medidas específicas sintomáticas que había respondido cada cliente se eligieron, según el diagnóstico establecido, las más relevantes. En caso de haber elegido más de una medida específica por cliente se calculó la media entre ellas (con las puntuaciones transformadas a escala 0-100) tanto para el pretratamiento como para el postratamiento.

En el caso de las medidas generales (las cuatro Escalas del DASS-21 –Depresión, Ansiedad, Estrés y Total- el IGS del BSI) y las medidas de interferencia y calidad de vida (la Escala de Interferencia y el MQLI) se utilizaron las puntuaciones directas, sin convertirlas a la escala de 0 a 100.

Para cada medida se calculó:

- La diferencia entre el pre y el postratamiento para determinar si cumplía el supuesto de distribución normal. Para ello aplicamos las pruebas de **Kolmogorov-Smirnov** y **Shapiro-Wilk** y se determinó que había normalidad en los casos en que ninguno de los dos test diera significativo.
- A continuación aplicamos la prueba **t de Student** para la comparación de medias en las muestras en las que se cumplió el supuesto de normalidad. En las medidas en las que no se cumpliera dicho supuesto se aplicó la prueba no paramétrica de **Wilcoxon**.

Cálculo del Tamaño del Efecto (TE)

Se calcularon los Tamaños del Efecto (TE) y los porcentajes de clientes mejorados y recuperados en función de las 6 definiciones de terminación consideradas en el presente estudio, tanto para los clientes que finalizaron el tratamiento como para aquellos que lo iniciaron, lo terminaran o no (muestra de intención de tratarse (ITT)). Dichos análisis se realizaron en 9 muestras seleccionadas: total; trastornos de ansiedad (agorafobia y trastorno de pánico; fobia específica; fobia social; TAG; TOC), trastornos del Estado de ánimo y TCA.

En las diferentes muestras realizamos comparaciones entre los datos del pretratamiento (pre) y postratamiento (post). En los análisis de la muestra ITT, caso de no disponer de datos post, se consideró como dato post el último dato recogido durante el tratamiento o, de no disponer de este último, el mismo dato del pre.

Las medidas utilizadas para las comparaciones fueron por un lado las medidas generales, concretamente las 4 escalas del DASS-21 (Depresión, Ansiedad, Estrés y Total); el Índice Global de Severidad (IGS) del BSI, las 2 escalas de la Escala de Interferencia (Global y Total) y el Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI); y, por otro lado, la media de las medidas específicas para cada trastorno (descritas en el método como medidas específicas).

El Tamaño del Efecto (TE) calculado fue la diferencia estandarizada de medias g de Hedges (Hedges y Olkin, 1985). En concreto, la fórmula utilizada ha sido la propuesta por Borenstein et al. (2009):

$$g = \frac{M_{pre} - M_{post}}{DT_{intragrupo}} \times (1 - (3 / (4N - 5)))$$

donde la fórmula de la *DT* intragrupo es:

$$\frac{\sqrt{DT_{pretest}^2 + DT_{posttest}^2 - 2r \times DT_{pretest} \times DT_{posttest}}}{\sqrt{2(1-r)}}$$

y el multiplicador corresponde al factor de corrección que se utiliza para corregir la sobrestimación del TE que produce la *d* de Cohen (1988), en la que se basa la *g* de Hedges, cuando las muestras son pequeñas.

Se ha considerado que el TE ha sido pequeño si su valor se encontraba en el intervalo entre 0,20 y 0,49, mediano de 0,50 a 0,79, grande entre 0,80 y 1,19 y muy grande si ha superado el valor de 1,20. En el caso de la medida de Calidad de Vida (MQLI) la obtención de una *g* negativa implicó obtener un cambio positivo en la medida. Los TE derivados de muestras muy pequeñas ($n \leq 20$ sujetos) son poco fiables y cuando su IC contiene el valor 0, no son significativos.

Los TE obtenidos en las distintas muestras del presente estudio van a ser comparados con los datos recogidos en la literatura. De los distintos MA y estudios sobre eficacia revisados en la introducción se han utilizado 36 para la comparación con nuestros datos. Un 52,8% han utilizado la *d* de Cohen y un 47,2% la *g* de Hedges. Además, los denominadores para estandarizar las diferencias pretest-postest han sido muy variados y han incluido la *DT* pretest (50%), la *DT* conjunta¹ (25%), la *DT* intragrupo que considera la correlación pretest-postest (11,1%) y una *DT* no especificada (13,9%). Por otra parte, de los distintos MA y estudios sobre utilidad clínica revisados en la introducción se han utilizado 32 (uno de ellos con dos tipos de fórmula para calcular el TE) para la comparación. De estas 33 comparaciones, un 84,8% han utilizado la *d* de Cohen y un 15,2% la *g* de Hedges. Los denominadores para estandarizar las diferencias pretest-postest han sido también muy variados: *DT* pretest (27,3%), *DT* conjunta (42,4%), *DT* intragrupo que considera la correlación pretest-postest (15,2%) y *DT* no especificada (15,2%). Las Tablas 1 y 2 del Anexo 1 muestran en detalle la fórmula que se ha utilizado en cada uno de los MA y estudios.

¹ La *DT* conjunta (DT_c) se ha solido definir como la raíz cuadrada de la siguiente división: $((n_{pretest} - 1) DT_{pretest}^2 + (n_{posttest} - 1) DT_{posttest}^2) / ((n_{pretest} - 1) + (n_{posttest} - 1))$, aunque en ocasiones se ha utilizado el promedio de las *DT* pretest y posttest.

Determinación del criterio de mejora de los clientes

Se utilizó el Índice de Cambio Estadísticamente Fiable (ICEF) de Jacobson y Truax (1991) y Jacobson et al. (1999) para decidir si un cliente había **mejorado**. El ICEF permite determinar hasta qué punto el cambio pre-post de cada cliente es atribuible a la terapia y no a imprecisiones de los instrumentos de medida.

El cálculo del ICEF se realiza dividiendo la diferencia entre la puntuación postratamiento y la puntuación pre tratamiento por el error estándar de la diferencia (S_{dif}) entre las dos puntuaciones. Para calcular el error estándar de la diferencia (S_{dif}) son necesarios los datos de fiabilidad test-retest del cuestionario y de la desviación típica de la población de referencia. La fórmula utilizada es la siguiente:

$$ICEF = [(Puntuaciónpost - Puntuaciónpre) / S_{dif}],$$

donde, S_{dif} es el error estándar de la diferencia de las medidas [$S_{dif} = DT \cdot \sqrt{(1-Rxx) \cdot 2}$]; siendo DT la desviación típica en la muestra clínica y Rxx la fiabilidad de la medida.

Si el ICEF excede $\pm 1,96$, puede concluirse que el cambio es fiable ($p < 0,05$); este cambio implica mejora si es en la dirección de la funcionalidad o empeoramiento si va en la dirección contraria. Para evitar el efecto suelo (casos en los que la puntuación en el pre-tratamiento es moderada y el índice requeriría un grado mayor de cambio del que se puede alcanzar), se da por cumplido el criterio cuando se alcanza la puntuación postratamiento mínima.

En los casos en los que no se pudo calcular el ICEF (principalmente porque no se dispuso de datos de fiabilidad test retest) se consideró que un cliente había mejorado si conseguía una reducción de mínimo el 33% en el postratamiento, respecto a la puntuación del pretratamiento para los instrumentos estandarizados o individualizados.

Cuando se disponía de dos cuestionarios por paciente si el cliente mejoraba en uno de ellos se consideró que mejoraba parcialmente y si lo hizo en los dos, mejoraba totalmente. Si se disponía de más de dos cuestionarios la mejora parcial se obtenía si mejoraba entre el 33% y 65% de los mismos y la total, si mejoraba al menos en el 66% de los mismos.

Una vez calculados los porcentajes de mejora de las distintas muestras según las diferentes definiciones de terminación se aplicó la prueba de Ji cuadrado para estudiar las posibles diferencias entre los diversos tipos de trastornos, por una parte, y entre los trastornos de ansiedad, por otra.

Determinación del criterio de recuperación de los clientes

Para decidir que un cliente se había recuperado debía cumplir tanto el criterio de mejora previamente explicado como el criterio de funcionalidad c de Jacobson y Truax (1991). Este último criterio permite saber si el nivel de funcionamiento en el postratamiento es más probable que caiga en la población funcional (población general en nuestro caso) que en la disfuncional.

Se define del siguiente modo:

$$CF = \frac{M_d \times DT_g + M_g \times DT_d}{DT_g + DT_d}$$

siendo M_d y DT_d la media y DT de la población o grupo disfuncional y M_g y DT_g la media y DT de la población o grupo general.

Para los instrumentos que no se podía calcular el criterio de funcionalidad (p.ej., cuestionarios individualizados), se exigió que la puntuación postratamiento cayera dentro del 30% inicial de la amplitud del instrumento.

Cuando se disponía de dos cuestionarios por paciente, se consideró que se había recuperado parcialmente si había mejorado y cumplía el criterio de funcionalidad en uno de ellos. Si esto ocurría en los dos cuestionarios, se consideraba que la recuperación era total. En caso de haber más de dos cuestionarios, la recuperación parcial se daba cuando el paciente mejoraba y cumplía el criterio de funcionalidad entre el 33% y el 65% de los mismos. Y la recuperación total, cuando el paciente mejoraba y cumplía el criterio de funcionalidad en al menos el 66% de los cuestionarios.

Una vez calculados los porcentajes de recuperación de las distintas muestras según las diferentes definiciones de abandono se aplicó la prueba de Ji cuadrado para estudiar las posibles diferencias entre los diversos tipos de trastornos, por una parte, y entre los trastornos de ansiedad, por otra.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS

6.1 RESULTADOS EN RELACIÓN A LOS ABANDONOS EN LA UTC_UB

Los resultados que se presentan en el apartado 6.1 y 6.2 responden a los diferentes objetivos planteados en el estudio. Los primeros resultados son los relacionados con los abandonos y los segundos con la utilidad clínica de los tratamientos llevados a cabo en la UTC_UB. Las poblaciones de las que se pretendía derivar los resultados inicialmente, y que por ello aparecen en la introducción del presente estudio, eran 11. Sin embargo, teniendo en cuenta que las muestra de la UTC_UB de clientes con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y Ansiedad por la Salud son muy pequeñas ($n=1$ y $n=6$ respectivamente), hemos decidido descartarlas de este análisis y la posterior comparación entre las distintas muestras. Las muestras incluidas son las siguientes:

1. Muestra total del estudio ($N=533$)
2. Muestra trastornos de ansiedad ($n=222$).
 - 2a. Muestra Agorafobia + Trastorno de Pánico (AGO/TP) ($n=48$)
 - 2b. Muestra Fobia Específica ($n=49$)
 - 2c. Muestra Fobia Social ($n=57$)
 - 2d. Muestra Trastornos por Ansiedad Generalizada (TAG) ($n=39$)
 - 2e. Muestra Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) ($n=15$)
 - 2f. Muestra Otros Trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad no especificado ($n=12$), trastorno de ansiedad inducido por sustancias ($n=1$) y TEPT ($n=1$)
3. Muestra Trastorno del Estado de Ánimo ($n=73$)
4. Muestra Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) ($n=35$)
5. Muestra Otros diagnósticos ($n=203$)

La muestra de trastornos de ansiedad no incluye para su estudio separado determinadas submuestras (TEPT, Ansiedad por la Salud, Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias y Trastornos de Ansiedad no Especificado) debido a su pequeño o nulo tamaño. La muestra de “otros diagnósticos” está compuesta por una miscelánea de etiquetas diagnósticas que incluyen: trastornos adaptativos; disfunciones sexuales; insomnio; trastornos relacionados con sustancias y adicciones; trastornos disruptivos, de conducta y de control de impulsos; trastornos de síntomas somáticos y relacionados; trastornos de la personalidad y otras condiciones foco de atención clínica. Esta muestra no va a ser analizada de forma pormenorizada en el presente estudio.

6.1.1. SESIONES ATENDIDAS POR LOS CLIENTES QUE INICIARON EL TRATAMIENTO (ANÁLISIS ITT)

Las sesiones atendidas por todos los clientes que iniciaron el tratamiento de la muestra analizada ($N=533$) oscilaron entre 1 y 88. La media (M) de sesiones de evaluación fue 2,8 ($DT=1,02$), la mediana (Me) 3

y la moda 3. La *M* de sesiones de tratamiento fue 13,9 (*DT*=14,97), la *Me* 9 y la moda 0. La *M* del número total de sesiones fue 16,8 (*DT*=15,31), la *Me* 13 y la moda 1. Para el resto de poblaciones analizadas en el presente estudio hemos llevado a cabo los mismos análisis y los presentamos a continuación en la Tabla 60:

Tabla 60. Resumen del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que iniciaron el tratamiento (análisis ITT).

Poblaciones	Sesiones Evaluación			Sesiones tratamiento			Sesiones totales		
	Rango	<i>M</i> <i>DT</i>	<i>Me</i> <i>Moda</i>	Rango	<i>M</i> <i>DT</i>	<i>Me</i> <i>Moda</i>	Rango	<i>M</i> <i>DT</i>	<i>Me</i> <i>Moda</i>
Muestra total (<i>N</i> =533)	1-6	2,8 (1,02)	3 3	0-85	13,9 (14,97)	9 0	1-88	16,8 (15,31)	13 1
Tr. ansiedad (<i>n</i> =222)	1-5	2,9 (0,96)	3 3	0-85	18,1 (16,60)	13 6	1-88	21,0 16,87	16 9
AGO/TP (<i>n</i> =48)	1-5	2,9 (0,84)	3 3	0-63	15,7 (13,76)	14 6	1-65	18,6 (13,85)	16 9
Fobia Específica (<i>n</i> =49)	1-5	2,3 (1,0)	2 2	0-67	13,7 (12,82)	11 11	1-70	16,0 (13,30)	13 8
Fobia Social (<i>n</i> =57)	1-5	3,1 (0,89)	3 3	0-85	18,3 (17,26)	12 7	1-88	21,4 (17,48)	15 9
TAG (<i>n</i> =39)	2-5	3,3 (0,87)	3 3	1-65	22,5 (16,18)	17 5	3-68	25,8 (16,22)	22 9
TOC (<i>n</i> =15)	1-4	3,2 (0,94)	3 4	0-84	23,7 (22,41)	18 11	2-87	26,9 (22,53)	21 15
Otros Tr. Ansiedad (<i>n</i> =14)	3-5	3,4 (0,63)	3 3	1-83	22,9 (24,35)	15,5 1	4-86	26,2 (24,49)	18,5 4
Tr. del Estado de Ánimo (<i>n</i> =73)	1-6	2,9 (0,96)	3 3	0-66	14,4 (13,61)	10 0	1-69	17,3 (13,71)	13 13
TCA (<i>n</i> =35)	1-5	3,0 (0,98)	3 3	0-61	15,9 (17,32)	9 0	1-65	18,9 (17,58)	12 1
Otros diagnósticos (<i>n</i> =203)	1-6	2,6 (1,08)	3 3	0-58	8,9 (11,25)	5 0	1-61	11,5 (11,78)	8 1

M: Media; *DT*: Desviación Típica; *Me*: Mediana.

Como puede observarse lo más habitual en todas las muestras es que los clientes llevaran a cabo 3 sesiones de evaluación. En cuanto a las sesiones de tratamiento la *M* y *DT* de la muestra total fue 18,1 (16,60) para los trastornos de ansiedad, 14,4 (13,61) para trastornos del estado de ánimo, 15,9 (17,32) para TCA y, para los distintos trastornos de ansiedad oscilaron entre 13,7 (12,82) para Fobia específica y 23,7 (22,41) para TOC.

Las sesiones atendidas por los clientes que terminaron el tratamiento según las diferentes definiciones de abandono descritas en el apartado de método del presente estudio fueron las que se presentan desde la Tabla 61 a la 66.

Tabla 61. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “duración del tratamiento”.

Poblaciones	Sesiones Evaluación			Sesiones tratamiento			Sesiones totales		
	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda
Muestra total (n=292)	1-6	3,1 (0,84)	3 3	1-85	22,8 (15,03)	19 11	5-88	25,9 (15,16)	22 14
Tr. ansiedad (n=153)	1-5	3,1 (0,85)	3 3	1-85	24,3 (16,54)	19 11	5-88	27,4 (16,67)	22 14
AGO/TP (n=33)	2-5	3,0 (0,81)	3 3	1-63	21,2 (13,21)	19 14	5-65	24,2 (13,14)	22 11
Fobia Específica (n=31)	1-5	2,7 (0,94)	3 3	4-67	18,9 (13,42)	13 11	6-70	21,5 (13,71)	16 14
Fobia Social (n=36)	2-4	3,2 (0,62)	3 3	6-85	26,3 (17,15)	21 12	9-88	29,5 (17,25)	24,5 14
TAG (n=31)	2-5	3,4 (0,89)	3 3	5-65	26,8 (15,31)	22 13	7-68	30,3 (15,22)	26 17
TOC (n=12)	1-4	3,2 (0,94)	3 3	11-84	29,1 (21,90)	20 11	15-87	32,3 (22,04)	22 15
Otros Tr. Ansiedad (n=10)	3-5	3,3 (0,67)	3 3	7-83	3,2 (25,36)	18 7	10-86	33,5 (25,62)	21,5 10
Tr. del Estado de Ánimo (n=39)	2-6	3,1 (0,89)	3 3	5-66	23,1 (13,15)	22 23	8-69	26,2 (12,95)	25 21
TCA (n=18)	2-4	3,1 (0,58)	3 3	9-61	28,6 (15,56)	24 14	12-65	31,7 (15,81)	27,5 18
Otros diagnósticos (n=82)	1-5	3,0 (0,87)	3 3	3-58	18,7 (11,74)	17 17	5-61	21,9 (12,01)	19 19

M: Media; DT: Desviación Típica; Me: Mediana.

Tabla 62. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “juicio del terapeuta”.

Poblaciones	Sesiones Evaluación			Sesiones tratamiento			Sesiones totales		
	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda
Muestra total (n=161)	1-6	3,0 (0,93)	3 3	2-85	26,0 (17,47)	22 12	5-88	29,0 (17,75)	25 26
Tr. ansiedad (n=102)	1-5	3,0 (0,85)	3 3	4-85	27,4 (16,54)	22 11	6-88	30,4 (16,67)	25 13
AGO/TP (n=15)	2-4	2,8 (0,68)	3 3	7-63	28,4 (14,89)	25 23	10-65	31,2 (14,93)	28 26
Fobia Específica (n=25)	1-5	2,5 (1,05)	2 3	4-67	18,1 (14,63)	12 11	6-70	20,6 (15,07)	13 13
Fobia Social (n=23)	2-4	3,2 (0,60)	3 3	10-85	29,5 (19,35)	21 12	13-88	32,7 (19,45)	25 13
TAG (n=26)	2-5	3,3 (0,94)	3 3	4-65	28,3 (15,87)	25,5 13	6-68	31,7 (15,87)	29,5 17
TOC (n=6)	1-4	3,2 (1,17)	3,5 4	16-84	40,8 (26,16)	33,5 16	19-87	44,0 (26,50)	37,5 19
Otros Tr. Ansiedad (n=7)	3-5	3,3 (0,76)	3 3	7-83	36,4 (28,46)	24 7	10-86	39,7 (28,79)	27 10
Tr. del Estado de Ánimo (n=13)	2-6	3,0 (1,08)	3 3	13-55	28,8 (12,97)	24 23	16-58	31,8 (13,00)	26 26
TCA (n=6)	3-4	3,3 (0,52)	3 3	12-61	36,7 (18,41)	38 12	15-65	40,0 (18,84)	41 15
Otros diagnóstico (n=40)	1-5	2,9 (0,97)	3 3	2-58	20,0 (14,00)	19 5	5-61	22,9 (14,41)	21,5 5

M: Media; DT: Desviación Típica; Me: Mediana.

Tabla 63. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “Mejora parcial”.

Poblaciones	Sesiones Evaluación						Sesiones totales		
	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda
Muestra total (n=210)	1-6	3,1 (0,88)	3	1-85	23,1 (15,98)	19	5-88	26,2 (16,14)	22
Tr. ansiedad (n=104)	1-5	3,1 (0,83)	3	4-85	24,9 (17,92)	19	6-88	28,0 (18,08)	22
AGO/TP (n=23)	2-5	2,9 (0,81)	3	1-63	20,8 (14,46)	19	5-65	23,7 (14,46)	22
Fobia Específica (n=20)	1-5	2,5 (0,76)	3	4-67	17,5 (13,76)	13	6-70	20,0 (13,94)	15,5
Fobia Social (n=25)	2-4	3,3 (0,54)	3	6-85	28,0 (18,62)	21	9-88	31,3 (18,58)	25
TAG (n=21)	2-5	3,6 (0,87)	3	5-53	25,2 (14,00)	22	7-56	28,8 (14,06)	26
TOC (n=7)	1-4	3,0 (1,00)	3	16-84	36,9 (25,91)	21	19-87	39,9 (26,30)	22
Otros Tr. Ansiedad (n=8)	3-5	3,3 (0,71)	3	7-83	33,9 (27,32)	20,5	10-86	37,1 (27,64)	23,5
Tr. del Estado de Ánimo (n=31)	2-6	3,1 (0,94)	3	5-66	23,8 (14,38)	23	8-69	26,9 (14,17)	25
TCA (n=11)	2-4	3,3 (0,65)	3	9-61	29,5 (16,37)	25	12-65	32,8 (16,67)	29
Otros diagnósticos (n=64)	1-5	3,0 (0,96)	3	3-58	18,7 (12,19)	17	5-61	21,8 (12,54)	19,5

M: Media; DT: Desviación Típica; Me: Mediana.

Tabla 64. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición “Mejora total”.

Poblaciones	Sesiones Evaluación			Sesiones tratamiento			Sesiones totales		
	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda
Muestra total (n=138)	1-6	3,1 (0,91)	3	3-85	24,4 (17,03)	20	6-88	27,6 (17,11)	23
Tr. ansiedad (n=66)	1-5	3,0 (0,89)	3	4-85	27,3 (19,55)	21,5	6-88	30,3 (19,65)	24,5
AGO/TP (n=9)	2-5	3,0 (1,00)	3	14-63	30,0 (15,37)	25	16-65	33,0 (14,93)	28
Fobia Específica (n=18)	1-3	2,4 (0,70)	3	4-67	18,6 (14,05)	13,5	6-70	21,0 (14,31)	16,5
Fobia Social (n=19)	2-4	3,2 (0,54)	3	6-85	28,6 (20,71)	21	9-88	31,8 (20,62)	24
TAG (n=10)	2-5	3,8 (1,14)	3,5	4-47	26,4 (14,26)	27	7-50	30,2 (14,23)	31,5
TOC (n=5)	1-4	3,0 (1,17)	3	16-84	44,2 (26,16)	43,9	19-87	47,2 (26,50)	47
Otros Tr. Ansiedad (n=5)	3-3	3,0 (0,00)	3	7-83	33,6 (31,08)	17	10-86	36,6 (31,08)	20
Tr. del Estado de Ánimo (n=24)	2-6	3,1 (1,03)	3	5-66	22,8 (15,64)	19,5	8-69	25,9 (15,41)	22,5
TCA (n=10)	2-4	3,0 (0,67)	3	9-61	30,9 (16,60)	29	12-65	34,2 (16,88)	32,5
Otros diagnósticos (n=38)	2-5	3,1 (0,91)	3	3-49	18,8 (11,08)	17,5	6-54	22,1 (11,41)	20

M: Media; DT: Desviación Típica; Me: Mediana.

Tabla 65. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición "Recuperación parcial".

Poblaciones	Sesiones Evaluación			Sesiones tratamiento			Sesiones totales		
	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda
Muestra total (n=190)	1-6	3,0 (0,87)	3 3	3-85	22,8 (15,94)	19 10	5-88	25,9 (16,08)	22 13
Tr. ansiedad (n=93)	1-5	3,1 (0,81)	3 3	4-85	24,7 (17,61)	19 11	6-88	27,8 (17,71)	22 13
AGO/TP (n=18)	2-5	2,9 (0,80)	3 3	7-63	23,9 (14,54)	22,5 7	9-65	26,9 (14,47)	25,5 26
Fobia Específica (n=18)	1-5	2,4 (0,78)	2,5 3	4-67	17,1 (14,28)	12,5 11	6-70	19,6 (14,46)	14,5 13
Fobia Social (n=23)	3-4	3,3 (0,47)	3 3	6-85	27,0 (19,08)	21 12	9-88	30,3 (19,05)	24 13
TAG (n=21)	2-5	3,6 (0,87)	3 3	5-53	25,2 (14,00)	22 14	7-56	28,8 (14,06)	26 17
TOC (n=6)	1-4	2,8 (0,98)	3 3	16-84	33,5 (26,66)	20 16	19-87	36,3 (26,93)	22 22
Otros Tr. Ansiedad (n=7)	3-3	3 (0,00)	3 3	7-83	29,6 (26,42)	17 7	10-86	32,6 (26,42)	20 10
Tr. del Estado de Ánimo (n=30)	2-6	3,1 (0,96)	3 3	5-66	24,0 (14,57)	23 23	8-69	27,1 (14,36)	25,5 26
TCA (n=10)	2-4	3,2 (0,63)	3 3	9-61	30,0 (17,19)	28 9	12-65	33,2 (17,51)	31 19
Otros diagnósticos (n=57)	1-5	2,9 (0,95)	3 3	3-58	17,8 (12,26)	16 5	5-61	21,0 (12,67)	19 6

M: Media; DT: Desviación Típica; Me: Mediana.

Tabla 66. Estadísticos descriptivos del número de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según la definición "Recuperación total".

Poblaciones	Sesiones Evaluación			Sesiones tratamiento			Sesiones totales		
	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda	Rango	M DT	Me Moda
Muestra total (n=120)	1-6	3,1 (0,89)	3 3	3-85	24,1 (17,76)	18,5 10	6-88	27,2 (17,85)	22 13
Tr. ansiedad (n=57)	1-5	3,0 (0,84)	3 3	4-85	27,0 (20,35)	21 12	6-88	29,9 (20,46)	24 13
AGO/TP (n=8)	2-4	2,8 (0,71)	3 3	14-63	31,9 (15,29)	27 14	16-65	34,6 (15,09)	30,5 16
Fobia Específica (n=15)	1-3	2,4 (0,74)	3 3	4-67	18,1 (15,16)	13 11	6-70	20,5 (15,45)	15 13
Fobia Social (n=16)	3-4	3,3 (0,45)	3 3	10-85	27,8 (22,15)	19,5 12	13-88	31,7 (22,12)	22,5 13
TAG (n=9)	2-5	3,7 (1,12)	3 3	5-47	26,1 (15,10)	25 5	7-50	29,8 (15,03)	30 7
TOC (n=4)*	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Otros Tr. Ansiedad (n=5)	3-3	3 (0,00)	3 3	7-83	33,6 (31,08)	17 7	10-86	36,6 (31,08)	20 10
Tr. del Estado de Ánimo (n=22)	2-6	3,1 (1,08)	3 3	5-66	22,8 (16,29)	19,5 23	8-69	26,0 (16,05)	22,5 26
TCA (n=9)	2-4	3,2 (0,67)	3 3	9-61	31,6 (17,47)	33 9	12-65	34,8 (17,80)	36 12
Otros diagnósticos (n=32)	2-5	0,3 (0,89)	3 3	3-49	17,6 (11,34)	16 18	6-54	21,0 (11,84)	19 6

M: Media; DT: Desviación Típica; Me: Mediana; *Valores no calculados por partir de n<5.

Entre los clientes que terminaron el tratamiento en función de las distintas definiciones de abandono consideradas, la media más habitual de sesiones de evaluación fue 3. Los promedios (*DT*) de sesiones de la población total según las distintas definiciones de abandono oscilaron entre 25,9 (15,16) (Duración del tratamiento) y 29,0 (17,75) (Juicio del terapeuta).

Los clientes con trastornos del estado de ánimo fueron los que asistieron a menos sesiones en total según todas las definiciones de abandono (a excepción de la definición juicio del terapeuta donde fueron los clientes con trastornos de ansiedad). Los clientes con TCA fueron los que en promedio asistieron a más sesiones, oscilando las *M* y *DT* entre 31,7 (15,81) (duración del tratamiento) y 40 (18,84) (juicio del terapeuta). Teniendo en cuenta todas las definiciones de abandono, los promedios (*DT*) más bajos de sesiones fueron para la categoría “otros diagnósticos”, oscilando entre 21 (12,67 y 11,84) en Recuperación Parcial y Total y, los más altos, para TCA entre 31,7 (15,81) en Duración del tratamiento y 40,0 (18,84) en Juicio del terapeuta.

Para los distintos trastornos de ansiedad los clientes con Fobia específica fueron los que asistieron a menos sesiones de tratamiento entre 19,6 (14,46) (Recuperación parcial) y 21,5 (13,71) (Duración del tratamiento) y los clientes que padecían TOC los que atendieron a más sesiones, oscilando la *M* y *DT* entre 32,3 (22,04) (Duración del tratamiento) y 44 (26,50) (Juicio del terapeuta).

La Tabla 67 muestra un resumen por trastornos de los clientes que han asistido a menor y a mayor número de sesiones totales en la UTC_UB.

Tabla 67. Clasificación de las muestras en función del número total de sesiones atendidas según la definición de abandono.

	<i>Menos sesiones</i>		<i>Más sesiones</i>	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Muestra Total	Trastornos del Estado de ánimo	17,3 (13,71)	Ansiedad	21 (16,87)
	Fobia específica	21,4 (16,48)	TOC	26,9 (22,53)
Duración del tratamiento	Trastornos del Estado de ánimo	26,2 (12,95)	TCA	31,7 (15,81)
	Fobia específica	21,5 (13,71)	TOC	32,3 (22,04)
Juicio del terapeuta	Trastornos de ansiedad	30,4 (16,67)	TCA	40 (18,84)
	Fobia específica	20,6 (15,07)	TOC	44 (26,50)
Mejora parcial	Trastornos del Estado de ánimo	26,9 (14,17)	TCA	32,8 (16,67)
	Fobia específica	20 (13,94)	TOC	39,9 (26,30)
Mejora total	Trastornos del Estado de ánimo	25,9 (15,41)	TCA	34,2 (16,88)
	Fobia específica	21 (14,31)	TOC	47,2 (26,50)
Recuperación parcial	Trastornos del Estado de ánimo	27,1 (14,36)	TCA	33,2 (17,51)
	Fobia específica	19,6 (14,46)	TOC	36,3 (26,93)
Recuperación total*	Trastornos del Estado de ánimo	26 (16,06)	TCA	34,8 (17,80)
	Fobia específica	20,5 (15,45)	AGO/TP	34,6 (15,09)

M: Media; *DT*: Desviación típica; *TOC no se ha podido calcular por $n < 5$ muy pequeña.

6.1.2. PORCENTAJES DE ABANDONOS OBTENIDOS EN LA UTC_UB SEGÚN LAS DISTINTAS DEFINICIONES DE ABANDONO

Los porcentajes de abandonos que se han producido en la UTC_UB se irán presentando según las definiciones de abandono presentadas en el punto 5.2 del presente estudio, en las 9 muestras analizadas. Posteriormente, se presentará una síntesis comparativa (Véase Tabla 71) de los porcentajes de abandono para las distintas definiciones consideradas.

Definición: DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Según la definición de abandono basada en la **duración del tratamiento (acudir a un mínimo de 14 sesiones)**, en la muestra total **abandonaron** el tratamiento 241 clientes (**45,2%**) y 292 clientes (**54,8%**) lo terminaron. Un total de 47 clientes de los 292 que terminaron habían acudido a menos de 14 sesiones de tratamiento pero no fueron considerados abandonos dado que el criterio de finalización fue acordado con el terapeuta al haber alcanzado una mejora (parcial o total) de sus problemas con la intervención.

Segregando la muestra en función de las tres grandes categorías diagnósticas consideradas en el estudio observamos que los porcentajes de abandono oscilaron entre el 31,1% (trastornos de ansiedad) y el 48,6% (TCA). Para los clientes con distintos trastornos de ansiedad los porcentajes oscilaron entre el 20% (TOC) y el 36,8% (fobia social). El detalle de los distintos porcentajes puede encontrarse en la Tabla 68.

Tabla 68. Porcentajes de abandono para “duración del tratamiento” en las diferentes muestras según diagnósticos.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	ABANDONAN		NO ABANDONAN	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muestra Total (N=533)	241	45,2	292	54,8
Trastornos de Ansiedad (<i>n</i> =222)	69	31,1	153	68,9
AGO/TP (<i>n</i> =48)	15	31,3	33	68,7
Fobia Específica (<i>n</i> =49)	18	36,7	31	63,3
Fobia Social (<i>n</i> = 57)	21	36,8	36	63,2
TAG (<i>n</i> =39)	8	20,5	31	79,5
TOC (<i>n</i> =15)	3	20	12	80
Otros Tr. Ansiedad (<i>n</i> =14)	4	28,6	10	71,4
Trastornos del Estado de Ánimo (<i>n</i> =73)	34	46,6	39	53,4
TCA (<i>n</i> =35)	17	48,6	18	51,4
Otros diagnósticos (<i>n</i> =203)	121	59,6	82	40,4

Definición: JUICIO DEL TERAPEUTA

Según la definición de abandono basada en el **juicio del terapeuta**, en la muestra total abandonaron el tratamiento 372 clientes (**69,8%**) y 161 (**30,2%**) los terminaron.

Según las tres grandes categorías diagnósticas los porcentajes de abandono oscilaron entre un 54,1% (trastornos de ansiedad) y un 82,9% (TCA). Para los clientes con distintos trastornos de ansiedad los porcentajes oscilaron entre un 33,3% (TAG) y un 68,8% (AGO/ TP). El detalle de los distintos porcentajes puede encontrarse en la Tabla 69.

Tabla 69. Porcentajes de abandono para “juicio del terapeuta” en las diferentes muestras según diagnósticos.

JUICIO DEL TERAPEUTA	ABANDONAN		NO ABANDONAN	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muestra Total (N=533)	372	69,8	161	30,2
Trastornos de Ansiedad (n=222)	120	54,1	102	45,9
AGO/TP (n=48)	33	68,8	15	31,2
Fobia Específica (n=49)	24	49	25	51
Fobia Social (n= 57)	34	59,6	23	40,4
TAG (n=39)	13	33,3	26	66,7
TOC (n=15)	9	60	6	40
Otros Tr. Ansiedad (n=14)	7	50	7	50
Trastornos del Estado de Ánimo (n=73)	60	82,2	13	17,8
TCA (n=35)	29	82,9	6	17,1
Otros diagnósticos (n=203)	163	80,3	40	19,7

Definición: NO HABER MEJORADO

Según la definición de abandono basada en los clientes que no habían mejorado se distinguió entre los clientes que no mejoraron como mínimo parcialmente y los que no presentaron una mejora total.

Los clientes que no habían **mejorado parcialmente** y por consiguiente se consideraron abandonos, fueron 323 (**60,6%**). Los que sí mejoraron parcialmente (terminaron el tratamiento) fueron 210 clientes (**39,4%**). Teniendo en cuenta los distintos diagnósticos para esta definición observamos que el intervalo fue de un 53,2% (trastornos de ansiedad) a un 68,6% (TCA) y para los trastornos concretos de ansiedad de un 46,2% (TAG) a un 59,2% (Fobia específica).

Los clientes que no presentaron una **mejora total** (abandonan) fueron 395 (**74,1%**) y los que completaron el tratamiento 138 (**25,9%**). De nuevo, considerando los distintos diagnósticos el rango osciló entre un 67,1% (trastornos del estado de ánimo) a un 71,4% (TCA) y para los trastornos concretos de ansiedad de un 63,3% (fobia específica) a un 81,2% (AGO/TP). Los porcentajes de abandono se detallan en la Tabla 70.

Tabla 70. Porcentajes de abandono para “no haber mejorado ni parcial ni totalmente” en las diferentes muestras según diagnóstico.

	NO MEJORA PARCIAL				NO MEJORA TOTAL			
	ABANDONAN		NO ABANDONAN		ABANDONAN		NO ABANDONAN	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muestra Total (N=533)	323	60,6	210	34,9	395	74,1	138	25,9
Trastornos de Ansiedad (n=222)	118	53,2	104	46,8	156	70,3	66	29,7
AGO/TP (n=48)	25	52,1	23	47,9	39	81,2	9	18,8
Fobia Específica (n=49)	29	59,2	20	40,8	31	63,3	18	36,7
Fobia Social (n= 57)	32	56,1	25	45,9	38	66,7	19	33,3
TAG (n=39)	18	46,2	21	53,8	29	74,4	10	25,6
TOC (n=15)	8	53,3	7	46,7	10	66,7	5	33,3
Otros Tr. Ansiedad (n=14)	6	42,9	8	57,1	9	64,3	5	35,7
Trastornos del Estado de Ánimo (n=73)	42	57,5	31	42,5	49	67,1	24	32,9
TCA (n=35)	24	68,6	11	31,4	25	71,4	10	28,6
Otros diagnósticos (n=203)	139	68,5	64	31,5	165	81,3	38	18,7

Definición: NO HABERSE RECUPERADO

La definición de abandono basada en los clientes que no se habían recuperado también distinguió entre aquellos clientes que no se recuperaron parcialmente y los que no lo hicieron totalmente. Según la definición de abandono basada en los clientes que no se habían **recuperado ni parcial ni totalmente** en la muestra total abandonaron 343 clientes (**64,4%**) y finalizaron 190 clientes (**35,6%**). Los porcentajes de las tres muestras diagnósticas estuvieron entre un 58,1% (trastornos de ansiedad) y un 71,4% (TCA). Concretando para los distintos trastornos de ansiedad los porcentajes oscilaron entre un 46,2% (TAG) y un 63,3% (Fobia específica).

Un total de 413 (**77,5%**) clientes no alcanzaron una total recuperación (considerándose abandonos según esta definición) en contraposición a los 120 clientes (**22,5%**) que sí se recuperaron totalmente (considerados no abandonos). Según los diagnósticos el rango osciló entre un 69,9% (trastornos del estado de ánimo) y un 74,3% (trastornos de ansiedad y TCA) y para los trastornos concretos de ansiedad de un 69,4% (fobia específica) a un 83,3% (AGO/TP). Los porcentajes de abandono se detallan en la Tabla 71.

Tabla 71. Porcentajes de abandono para “no haberse recuperado ni parcial ni totalmente” en las diferentes muestras según diagnóstico.

	NO RECUPERACIÓN PARCIAL				NO RECUPERACIÓN TOTAL			
	ABANDONAN		NO ABANDONAN		ABANDONAN		NO ABANDONAN	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muestra Total (N=533)	343	64,4	190	35,6	413	77,5	120	22,5
Trastornos de Ansiedad (n=222)	129	58,1	93	41,9	165	74,3	57	25,7
AGO/TP (n=48)	30	62,5	18	37,5	40	83,3	8	16,7
Fobia Específica (n=49)	31	63,3	18	36,7	34	69,4	15	30,6
Fobia Social (n= 57)	34	59,6	23	40,4	41	71,9	16	28,1
TAG (n=39)	18	46,2	21	53,8	30	76,9	9	23,1
TOC (n=15)	9	60	6	40	11	73,3	4	26,7
Otros Tr. Ansiedad (n=14)	7	50	7	50	9	64,3	5	35,7
Trastornos del Estado de Ánimo (n=73)	43	58,9	30	41,1	51	69,9	22	30,1
TCA (n=35)	25	71,4	10	28,6	26	74,3	9	25,7
Otros diagnósticos (n=203)	146	71,9	57	28,1	171	84,2	32	15,8

6.1.2.1. COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS ENTRE LAS DISTINTAS DEFINICIONES DE ABANDONO

En relación a la muestra total podemos observar como los porcentajes de abandono oscilan entre el 45,2% y el 77,5%, siendo la definición de *duración del tratamiento* la que presenta porcentajes más bajos y la definición *clientes totalmente recuperados* los porcentajes más elevados (tal como se había hipotetizado) (véase Tabla 72). En el caso de los trastornos de ansiedad (y sus distintos trastornos incluidos) los porcentajes obtenidos siguen el mismo patrón. Las muestras de trastornos del estado de ánimo y TCA también presentan los porcentajes de abandono más bajos en la definición de *duración del tratamiento*, en cambio presentan los más elevados en *juicio del terapeuta* (en estos casos no se cumple nuestra hipótesis).

Tabla 72. Comparativa de los porcentajes de abandonos obtenidos según las seis definiciones de abandono analizadas para las distintas poblaciones.

Poblaciones	Definición	Duración del tratamiento	Juicio del Terapeuta	% Mejorados		% Recuperados	
				P	T	P	T
Muestra Total (N=533)		45,2%	69,8%	60,6%	74,1%	64,4%	77,5%
Trastornos de Ansiedad (n=222)		31,1%	54,1%	53,2%	70,3%	58,1%	74,3%
AGO/TP (n=48)		31,3%	68,8%	52,1%	81,2%	62,5%	83,3%
Fobia Específica (n=49)		36,7%	49%	59,2%	63,3%	63,3%	69,4%
Fobia Social (n= 57)		36,8%	59,6%	56,1%	66,7%	59,6%	71,9%
TAG (n=39)		20,5%	33,3%	46,2%	74,4%	46,2%	76,9%
TOC (n=15)		20%	60%	53,3%	66,7%	60%	73,3%
Otros Tr. Ansiedad (n=14)		28,6%	50%	42,9%	64,3%	50%	64,3%
Trastornos del Estado de Ánimo (n=73)		46,6%	82,2%	57,5%	67,1%	58,9%	69,9%
TCA (n=35)		48,6%	82,9%	68,6%	71,4%	71,4%	74,3%
Otros diagnósticos (n=203)		59,6%	80,3%	68,5%	81,3%	71,9%	84,2%

P = mejora y recuperación al menos parcial; T= mejora y recuperación total.

Analizando los porcentajes de abandono (del más bajo al más alto) obtenidos a raíz de las distintas definiciones en las muestras analizadas, vemos que se derivan los siguientes patrones:

- Las poblaciones total, trastornos de ansiedad, AGO/TP y fobia social: duración del tratamiento, mejora parcial, juicio del terapeuta o recuperación parcial, mejora total y recuperación total.
- Las poblaciones fobia específica, TAG y TOC: duración del tratamiento, juicio del terapeuta, mejora parcial o recuperación parcial, mejora total y recuperación total.
- Las poblaciones trastornos del estado de ánimo y TCA: duración del tratamiento, mejora parcial, recuperación parcial o mejora total, recuperación total y juicio del terapeuta.

Tabla 73. Patrones de los porcentajes de abandono según las distintas definiciones en las muestras diagnósticas.

Muestra	% de abandono más bajo	→				% de abandono más alto
		Mejora parcial	Juicio del terapeuta o Recuperación parcial	Mejora Total	Recuperación Total	
Muestra total, trastornos de ansiedad, AGO/TP y fobia social	Duración del tratamiento	Mejora parcial	Juicio del terapeuta o Recuperación parcial	Mejora Total	Recuperación Total	
Fobia específica, TAG y TOC		Juicio terapeuta	Mejora parcial o Recuperación parcial	Mejora Total	Recuperación Total	
Trastornos del estado de ánimo y TCA		Mejora parcial	Mejora Total o Recuperación parcial	Recuperación Total	Juicio terapeuta	

A continuación nos disponemos a aplicar la prueba de Ji cuadrado para comprobar si existen diferencias significativas en los porcentajes de abandono entre los distintos tipos de trastorno considerados (Trastornos de ansiedad y sus sub-categorías, Trastornos del estado de ánimo y TCA) entre los clientes que terminan y los que abandonan el tratamiento según las distintas definiciones de abandono (véase Tablas 74, 75 y 76). En caso de hallarse diferencias significativas se medirá la magnitud de dicha diferencia mediante la V de Cramer.

Tabla 74. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables diagnóstico y terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones de Duración del tratamiento y Juicio del terapeuta.

	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO			JUICIO DEL TERAPEUTA		
	TERMINAN (n = 292)	ABANDONAN (n = 241)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n = 161)	ABANDONAN (n = 372)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
DIAGNÓSTICO GENERAL	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
TR. ANSIEDAD	153 (68,9)	69 (31,1)	$X^2 (3) = 35,089$ $V = ,257$ $p = ,000$	102 (45,9)	120 (54,1)	$X^2 (3) = 44,863$ $V = ,290$ $p = ,000$
TR. ESTADO DE ÁNIMO	39 (53,4)	34 (46,6)		13 (17,8)	60 (82,2)	
TCA	18 (51,4)	17 (48,6)		6 (17,1)	29 (82,9)	
OTROS	82 (40,4)	121 (59,6)		40 (19,7)	163 (80,3)	
	TERMINAN (n = 153)	ABANDONAN (n = 69)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n = 102)	ABANDONAN (n = 120)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
DIAGNÓSTICO ANSIEDAD	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
AGO/TP	33 (68,8)	15 (31,3)	$X^2 (5) = 4,549$ $p = ,473$	15 (31,3)	33 (68,8)	$X^2 (5) = 12,449$ $V = ,237$ $p = ,029$
FOBIA ESPECÍFICA	31 (63,3)	18 (36,7)		25 (51)	24 (49)	
FOBIA SOCIAL	36 (63,2)	21 (36,8)		23 (40,4)	34 (59,6)	
TAG	31 (79,5)	8 (20,5)		26 (66,7)	13 (33,3)	
TOC	12 (80)	3 (20)		6 (40)	9 (60)	
OTROS TR. ANSIEDAD	10 (71,4)	4 (28,6)		7 (50)	7 (50)	

*0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Los valores p coinciden para X^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de X^2 es significativa.

Tabla 75. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables diagnóstico y terminar/abandonar según las definiciones **no haber mejorado parcial y totalmente.**

	NO HABER MEJORADO (PARCIAL)			NO HABER MEJORADO (TOTAL)		
	TERMINAN (n= 210)	ABANDONAN (n= 323)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n=138)	ABANDONAN (n=395)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
DIAGNÓSTICO	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
TR. ANSIEDAD	104 (47,9)	118 (53,2)	$X^2 (3) = 11,645$ $V = ,148$ $p = ,009$	66 (29,7)	156 (70,3)	$X^2 (3) = 9,134$ $V = ,131$ $p = ,028$
TR. ESTADO DE ÁNIMO	31 (42,5)	42 (57,5)		24 (32,9)	49 (67,1)	
TCA	11 (31,4)	24 (68,6)		10 (28,6)	25 (71,4)	
OTROS	64 (31,5)	139 (68,5)		38 (18,7)	165 (81,3)	
	TERMINAN (n= 104)	ABANDONAN (n= 118)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n= 66)	ABANDONAN (n= 156)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
DIAGNÓSTICO	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
AGO/TP	23 (47,9)	25 (52,1)	$X^2 (5) = 2,305$ $p = ,805$	9 (18,8)	39 (81,3)	$X^2 (5) = 4,920$ $p = ,426$
FOBIA ESPECÍFICA	20 (40,8)	29 (52,9)		18 (36,7)	31 (63,3)	
FOBIA SOCIAL	25 (43,9)	32 (56,1)		19 (33,3)	38 (66,7)	
TAG	21 (53,8)	18 (46,2)		10 (25,6)	29 (74,4)	
TOC	7 (46,7)	8 (53,3)		5 (33,3)	10 (66,7)	
OTROS TR. ANSIEDAD	8 (57,1)	6 (42,9)		5 (35,7)	9 (64,3)	

*0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Los valores p coinciden para X^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de X^2 es significativa.

Tabla 76. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables diagnóstico y terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones **no haberse recuperado parcial y totalmente.**

	NO HABERSE RECUPERADO (PARCIAL)			NO HABERSE RECUPERADO (TOTAL)		
	TERMINAN (n= 190)	ABANDONAN (n= 343)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n=120)	ABANDONAN (n=413)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
DIAGNÓSTICO GENERAL	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
TR. ANSIEDAD	93 (41,9)	129 (58,1)	$X^2 (3) = 10,551$ $V = 141$ $p = ,014$	57 (25,7)	165 (74,3)	$X^2 (3) = 9,212$ $V = ,131$ $p = ,027$
TR. ESTADO DE ÁNIMO	30 (41,1)	43 (58,9)		22 (30,1)	51 (69,9)	
TCA	10 (28,6)	25 (71,4)		9 (25,7)	26 (74,3)	
OTROS	57 (28,1)	146 (71,9)		32 (15,8)	171 (84,2)	
	TERMINAN (n= 93)	ABANDONAN (n= 129)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n= 57)	ABANDONAN (n= 165)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
DIAGNÓSTICO ANSIEDAD	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
AGO/TP	18 (37,5)	30 (62,5)	$X^2 (5) = 3,661$ $p = ,599$	8 (16,7)	40 (83,3)	$X^2 (5) = 3,724$ $p = ,590$
FOBIA ESPECÍFICA	18 (36,7)	31 (63,3)		15 (30,6)	34 (69,4)	
FOBIA SOCIAL	23 (40,4)	34 (59,6)		16 (28,1)	41 (71,9)	
TAG	21 (53,8)	18 (46,2)		9 (23,1)	30 (76,9)	
TOC	6 (40)	9 (60)		4 (26,7)	11 (73,3)	
OTROS TR. ANSIEDAD	7 (50)	7 (50)		5 (35,7)	9 (64,3)	

*0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Los valores p coinciden para X^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de X^2 es significativa.

Según todas las definiciones de abandono, este fue más probable en la categoría “otros Diagnósticos” que en los de ansiedad. A su vez fue más probable que en los trastornos de estado de ánimo (en todas las definiciones excepto en Juicio del terapeuta) y TCA (en Duración del tratamiento y No haber mejorado y

Recuperado parcialmente). La asociación entre las variables tipo de diagnóstico y abandono fue entre poca (Duración del tratamiento y Juicio del terapeuta) y media (Mejora y Recuperación Parcial y Total).

El abandono fue menos probable en los trastornos de ansiedad que en los trastornos de estado de ánimo y TCA según las definiciones Duración del tratamiento y Juicio del Terapeuta; además, fue menos probable que en TCA en las definiciones de mejora y recuperación parcial; y más probable que en los trastornos de estado de ánimo y TCA en la definición de mejora total. Los valores de la V de Cramer denotan una asociación media entre las variables según las definiciones de Duración del tratamiento y Juicio del terapeuta y poca asociación en el resto de definiciones.

No se hallaron diferencias significativas en abandono entre los distintos trastornos de ansiedad según las definiciones de Duración del tratamiento, Mejora parcial y total y Recuperación parcial y total. En cambio, según la definición de Juicio del terapeuta, el abandono fue más probable en pacientes con AGO/TP, TOC y fobia social que en otros trastornos de ansiedad. El valor de la V de Cramer (,237) implicó una asociación media entre las variables.

6.1.2.2. MOMENTO EN QUE SE PRODUCEN LOS ABANDONOS PARA LAS DISTINTAS DEFINICIONES

Nos disponemos a analizar el porcentaje de clientes que abandonan el tratamiento en diferentes momentos del proceso de intervención según las distintas definiciones de abandono consideradas en el presente estudio (véase Tabla 77).

Tabla 77. Porcentajes de clientes que abandonan en distintos momentos del proceso terapéutico.

	Duración del tratamiento	Juicio del Terapeuta	Mejorados		Recuperados	
			P	T	P	T
<i>n</i>	241	372	323	395	343	413
Tras la 1ª sesión	20,7%	13,4%	15,5%	12,7%	14,6%	12,1%
Tras la 2ª sesión	31,5%	20,4%	23,5%	19,3%	22,2%	18,4%
Tras la 3ª sesión	39%	25,3%	29,1%	23,8%	27,4%	22,8%
Tras la 5ª sesión	51,5%	33,1%	38,4%	31,9%	36,4%	30,5%
Tras la 10ª sesión	86,7%	58,3%	64,7%	56,5%	61,5%	54%
Tras la 20ª sesión	100%	83,3%	86,1%	79%	83,4%	76,5%
Tras la 30ª sesión	100%	93,8%	93,5%	89,6%	91,3%	88,1%
Tras la 40ª sesión	100%	97,8%	96,3%	95,2%	95%	94,7%

P: Parcial; T:Total.

Según todas las definiciones de abandono, la primera es la sesión tras la que se produce el porcentaje más elevado de abandonos (oscilaron entre un 12,1% en Recuperados Total y un 20,7% en Duración del tratamiento).

Los abandonos se producen antes en la definición basada en la Duración del tratamiento (asistir a más de 14 sesiones se consideró abandono).

Tras la quinta sesión había abandonado entre un 30% y un 40% de la muestra en todas las definiciones (excepto en Duración que ya ascendía a más de la mitad de la muestra). Para la décima sesión ya habían abandonado más de la mitad de los pacientes (de un 54% en Recuperados Total a un 86,7% en Duración del tratamiento) y tras la sesión 30 los abandonos rondaban el 90% en todas las definiciones.

6.1.2.3 MOTIVOS DE ABANDONO TERAPÉUTICO

En el presente estudio se obtuvieron los motivos de abandono (ver Tabla 5) de 372 casos (69,8%). Los motivos se agruparon en cinco categorías (descritas en el apartado de método) y en función de las distintas definiciones de abandono se han distribuido (de mayor a menor, véase Tabla 78) en este orden: No viene, no avisa (30,1% - 35,9%), fuerza mayor (26,8% a 30,1%), baja motivación (21,0% a 23,3%), considera que ha mejorado (10,7% a 14,8%) e incumplimiento terapéutico (2,9% a 4,3%).

Tabla 78. Motivos de abandono en los pacientes de la UTC_UB.

MOTIVO	Definiciones de abandono*						
	1	2	3	4	5	6	
No viene, no avisa	<i>n</i>	84	112	95	103	98	105
	%	35,9	30,1	33,1	31,6	32,6	31,3
Fuerza mayor	<i>n</i>	64	112	78	96	81	98
	%	27,4	30,1	27,2	29,4	26,8	29,3
Baja motivación	<i>n</i>	54	78	64	69	70	72
	%	23,1	21,0	22,3	21,2	23,3	21,5
Considera que ha mejorado	<i>n</i>	25	55	38	44	40	46
	%	10,7	14,8	13,2	13,5	13,3	13,7
Incumplimiento terapéutico	<i>n</i>	7	15	12	14	12	14
	%	2,9	4,0	4,2	4,3	4,0	4,2
Total	<i>n</i>	234	372	287	326	301	335
	%	100	100	100	100	100	100

*Definiciones De abandono: 1) Duración del tratamiento; 2) Juicio del terapeuta; 3) No haber mejorado parcialmente; 4) No haber mejorado totalmente; 5) No haberse recuperado parcialmente y 6) No haberse recuperado totalmente.

6.1.2.4 VARIABLES ASOCIADAS A LOS ABANDONOS

Comparamos los clientes que terminaron el tratamiento con aquellos que lo abandonaron en una serie de variables para comprobar cuáles de ellas podían estar asociadas a los abandonos. Las variables analizadas

fueron las siguientes: edad, sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos y diagnóstico. A continuación ofreceremos los resultados de dichas comparaciones siguiendo este orden en la presentación:

- Distribución de las muestras estudiadas: tablas de Medias (*M*) y Desviaciones Típicas (*DT*) y de Medianas (*Me*) y Rangos Intercuartil (*RIQ*), seguidas de las tablas con los resultados de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk (véase anexo 4)
- Comparación de los grupos (terminan y abandonan el tratamiento) en la variable continua (edad): pruebas t de Student (en caso de normalidad de las distribuciones) o U de Mann-Whitney (en caso de no normalidad o de muestras inferiores a 30 sujetos).
- Comparación de los grupos (terminan y abandonan el tratamiento) en las variables nominales (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos y diagnóstico): prueba de ji cuadrado. En caso de existir diferencias significativas entre los grupos, medir la magnitud del cambio con la prueba V de Cramer.

Tabla 79. Media y DT, Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*RIQ*) y pruebas de Kolmogorov-Smirnov (K-S) y Shapiro-Wilk (S-W) de la variable edad de los clientes que terminaron y que abandonaron el tratamiento.

VARIABLE EDAD										
Duración del tratamiento	<i>M</i> y <i>DT</i>			<i>Me</i> y <i>RIQ</i>			KOLMOGOROV-SMIRNOV (K-S)		SHAPIRO-WILK (S-W)	
	Terminan <i>n</i> = 292	Abandonan <i>n</i> = 241		Terminan <i>n</i> = 292	Abandonan <i>n</i> = 241		Terminan <i>gl</i> = 292	Abandonan <i>gl</i> = 241	Terminan <i>gl</i> = 292	Abandonan <i>gl</i> = 241
<i>M</i>	29,67	30,59	<i>Me</i>	29,67	26,50		,171	,173	,859	,873
<i>DT</i>	9,78	10,81	<i>RIQ</i>	9,78	11,00	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000
Juicio del terapeuta										
	Terminan <i>n</i> = 161	Abandonan <i>n</i> = 372		Terminan <i>n</i> = 161	Abandonan <i>n</i> = 372		Terminan <i>gl</i> = 161	Abandonan <i>gl</i> = 372	Terminan <i>gl</i> = 161	Abandonan <i>gl</i> = 372
<i>M</i>	29,37	30,40	<i>Me</i>	29,37	27,00		,152	,179	,854	,870
<i>DT</i>	9,39	10,61	<i>RIQ</i>	9,39	10,00	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000
No mejora parcial										
	Terminan <i>n</i> = 210	Abandonan <i>n</i> = 323		Terminan <i>n</i> = 210	Abandonan <i>n</i> = 323		Terminan <i>gl</i> = 210	Abandonan <i>gl</i> = 323	Terminan <i>gl</i> = 210	Abandonan <i>gl</i> = 323
<i>M</i>	29,29	30,60	<i>Me</i>	29,29	26,50		,179	,168	,836	,880
<i>DT</i>	9,58	10,69	<i>RIQ</i>	9,58	10,00	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000
No mejora total										
	Terminan <i>n</i> = 138	Abandonan <i>n</i> = 395		Terminan <i>n</i> = 138	Abandonan <i>n</i> = 395		Terminan <i>gl</i> = 138	Abandonan <i>gl</i> = 395	Terminan <i>gl</i> = 138	Abandonan <i>gl</i> = 395
<i>M</i>	29,65	30,24	<i>Me</i>	29,65	26,50		,177	,169	,850	,871
<i>DT</i>	9,99	10,36	<i>RIQ</i>	9,99	11,00	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000
No recuperación parcial										
	Terminan <i>n</i> = 190	Abandonan <i>n</i> = 343		Terminan <i>n</i> = 190	Abandonan <i>n</i> = 343		Terminan <i>gl</i> = 190	Abandonan <i>gl</i> = 343	Terminan <i>gl</i> = 190	Abandonan <i>gl</i> = 343
<i>M</i>	28,94	30,72	<i>Me</i>	28,94	26,00		,171	,170	,819	,883
<i>DT</i>	9,47	10,63	<i>RIQ</i>	9,47	9,00	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000
No recuperación total										
	Terminan <i>n</i> = 120	Abandonan <i>n</i> = 413		Terminan <i>n</i> = 120	Abandonan <i>n</i> = 413		Terminan <i>gl</i> = 120	Abandonan <i>gl</i> = 413	Terminan <i>gl</i> = 120	Abandonan <i>gl</i> = 413
<i>M</i>	29,01	30,40	<i>Me</i>	29,01	26,00		,183	,168	,827	,875
<i>DT</i>	9,57	10,44	<i>RIQ</i>	9,57	10,00	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; S-W: Prueba de Shapiro-Wilk; *p* > 0,05.

Aplicadas las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk a la variable edad se ha comprobado que no se ha distribuido normalmente lo que nos conduce a aplicar la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comprobar si se produjeron diferencias significativas entre los clientes que terminaron y los que abandonaron el tratamiento en datos continuos (edad) y Ji cuadrado en datos categoriales (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos y diagnóstico principal).

Tabla 80. Prueba U de Mann-Whitney de la variable edad por clientes que terminan y que abandonan el tratamiento.

VARIABLE EDAD N =533	Duración del tratamiento	Juicio del terapeuta	No haber mejorado (P)	No haber mejorado (T)	No haberse recuperado (P)	No haberse recuperado (T)
	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>
<i>p</i>	34503,500 ,699	29310 ,697	32742 ,499	26709,500 ,726	30323,500 ,184	23252,500 ,303

P: parcialmente; T: totalmente; *p* > 0,05.

Según la prueba U de Mann-Whitney, los pacientes que abandonaron y los que completaron el tratamiento no difirieron en edad en ninguna de las definiciones de abandono (véase la Tabla 79). Los datos de las pruebas de Ji cuadrado para las variables categoriales aparecen en las Tablas 81, 82 y 83.

Tabla 81. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos, diagnóstico) y la variable terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones **Duración del tratamiento** y **Juicio del terapeuta**.

	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO			JUICIO DEL TERAPEUTA		
	TERMINAN (n = 292)	ABANDONAN (n = 241)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n = 161)	ABANDONAN (n = 372)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
SEXO	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
HOMBRE	83 (28,4)	76 (31,5)	$X^2 (1) = ,610$	51 (31,7)	108 (29,0)	$X^2 (1) = ,375$
MUJER	209 (71,6)	165 (68,5)	$p = ,435$	110 (68,3)	264 (71,0)	$p = ,540$
ESTADO CIVIL	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
SOLTERO	70 (36,1)	83 (54,6)	$X^2 (2) = 11,902$	79 (49,1)	196 (52,7)	$X^2 (2) = ,675$
CASADO/EN PAREJA	112 (57,7)	63 (41,4)	$V = ,185$	75 (46,6)	159 (42,7)	$p = ,713$
SEPARADO/DIVORCIADO/VIUDO	12 (6,2)	6 (3,9)	$p = ,003$	7 (4,3)	17 (4,6)	
SITUACIÓN LABORAL	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
NO TRABAJA	117 (40,1)	81 (33,8)		59 (36,6)	139 (37,5)	
TIEMPO PARCIAL	57 (19,5)	55 (22,9)	$X^2 (3) = 3,374$	27 (16,8)	85 (22,9)	$X^2 (3) = 8,565$
TIEMPO COMPLETO	108 (37,0)	91 (37,9)	$p = ,337$	72 (44,7)	127 (34,2)	$V = ,127$
BAJA, PENSIÓN, SABÁTICO	10 (3,4)	13 (5,4)		3 (1,9)	20 (5,4)	$p = ,036$
FÁRMACOS	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
NO TOMA	195 (67,0)	162 (69,2)	$X^2 (1) = ,294$	117 (73,1)	240 (65,8)	$X^2 (1) = 2,778$
TOMA	96 (33,0)	72 (30,8)	$p = ,588$	43 (26,9)	125 (34,2)	$p = ,096$
DIAGNÓSTICO GENERAL	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
TR. ANSIEDAD	153 (52,4)	69 (28,6)		102 (63,4)	120 (32,3)	
TR. ESTADO DE ÁNIMO	39 (13,4)	34 (14,1)	$X^2 (3) = 35,089$	13 (8,1)	60 (16,1)	$X^2 (3) = 44,863$
TCA	18 (6,2)	17 (7,1)	$V = ,257$	6 (3,7)	29 (7,8)	$V = ,290$
OTROS	82 (28,1)	121 (50,2)	$p = ,000$	40 (24,8)	163 (43,8)	$p = ,000$

Tabla 81. (Continuación)

	TERMINAN (n = 153)	ABANDONAN (n = 69)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n = 102)	ABANDONAN (n = 120)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
DIAGNÓSTICO ANSIEDAD	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
AGO/TP	33 (21,6)	15 (21,7)	$\chi^2 (6) = 4,549$ $p = ,473$	15 (14,7)	33 (27,5)	$\chi^2 (5) = 12,449$ $V = ,237$ $p = ,029$
FOBIA ESPECÍFICA	31 (20,3)	18 (26,1)		25 (24,5)	24 (20)	
FOBIA SOCIAL	36 (23,5)	21 (30,4)		23 (22,5)	34 (28,3)	
TAG	31 (20,3)	8 (11,6)		26 (25,5)	13 (10,8)	
TOC	12 (7,8)	3 (4,3)		6 (5,9)	9 (7,5)	
OTROS TR. ANSIEDAD	10 (71,4)	4 (5,8)		7 (6,9)	7 (5,8)	

*0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Los valores p coinciden para χ^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de χ^2 es significativa.

Tabla 82. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos, diagnóstico) y la variable terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones **no haber mejorado parcial y totalmente**.

	NO HABER MEJORADO (PARCIAL)			NO HABER MEJORADO (TOTAL)		
	TERMINAN (n= 210)	ABANDONAN (n= 323)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n=138)	ABANDONAN (n=395)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
SEXO	n (%)	n (%)	$\chi^2 (1) = 5,091$	n (%)	n (%)	$\chi^2 (1) = 4,829$
HOMBRE	51 (24,3)	108 (33,4)	$V = ,098$	31 (22,5)	128 (32,4)	$V = ,095$
MUJER	159 (75,7)	215 (66,6)	$p = ,024$	107 (77,5)	267 (67,6)	$p = ,028$
ESTADO CIVIL	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
SOLTERO	98 (46,7)	177 (54,8)	$\chi^2 (2) = 3,403$ $p = ,182$	61 (22,2)	214 (77,8)	$\chi^2 (2) = 4,882$ $p = ,087$
CASADO/EN PAREJA	102 (48,6)	132 (64,4)		68 (29,1)	166 (70,9)	
SEPARADO/DIVORCIADO/VIUDO	10 (4,8)	14 (33,2)		9 (37,5)	15 (62,5)	
SITUACIÓN LABORAL	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
NO TRABAJA	84 (40,0)	114 (35,4)	$\chi^2 (3) = 1,254$ $p = ,740$	55 (39,9)	143 (36,3)	$\chi^2 (3) = ,944$ $p = ,815$
TIEMPO PARCIAL	43 (20,5)	69 (21,4)		30 (21,7)	82 (20,8)	
TIEMPO COMPLETO	75 (35,7)	124 (38,4)		48 (34,8)	151 (38,3)	
BAJA, PENSIÓN, SABÁTICO	8 (3,8)	15 (4,7)		5 (3,6)	18 (4,6)	
FÁRMACOS	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
NO TOMA	141 (67,5)	216 (68,4)	$\chi^2 (1) = ,046$	92 (67,2)	265 (68,3)	$\chi^2 (1) = ,061$
TOMA	68 (32,5)	100 (31,6)	$p = ,830$	45 (32,8)	123 (31,7)	$p = ,805$
DIAGNÓSTICO GENERAL	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
TR. ANSIEDAD	104 (49,5)	118 (36,5)	$\chi^2 (3) = 11,645$ $V = ,148$ $p = ,009$	66 (47,8)	156 (39,5)	$\chi^2 (3) = 9,134$ $V = ,131$ $p = ,028$
TR. ESTADO DE ÁNIMO	31 (14,8)	42 (13,0)		24 (17,4)	49 (12,4)	
TCA	11 (5,2)	24 (7,4)		10 (7,2)	25 (6,3)	
OTROS	64 (30,5)	139 (43,0)		38 (27,5)	165 (41,8)	
	TERMINAN (n= 104)	ABANDONAN (n= 118)	Ji Cuadrado* V de Cramer**	TERMINAN (n= 66)	ABANDONAN (n= 156)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
DIAGNÓSTICO ANSIEDAD	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
AGO/TP	23 (22,1)	25 (21,2)	$\chi^2 (5) = 2,305$ $p = ,805$	9 (13,6)	39 (25)	$\chi^2 (6) = 4,920$ $p = ,426$
FOBIA ESPECÍFICA	20 (19,2)	29 (24,6)		18 (27,3)	31 (19,9)	
FOBIA SOCIAL	25 (24)	32 (27,1)		19 (28,8)	38 (24,4)	
TAG	21 (20,2)	18 (15,3)		10 (15,2)	29 (18,6)	
TOC	7 (6,7)	8 (6,8)		5 (7,6)	10 (6,4)	
OTROS TR. ANSIEDAD	8 (7,7)	6 (5,1)		5 (7,6)	9 (5,8)	

*0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Los valores p coinciden para χ^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de χ^2 es significativa.

Tabla 83. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (sexo, estado civil, situación laboral, toma de fármacos, diagnóstico) y la variable terminar/abandonar el tratamiento según las definiciones **no haberse recuperado parcial y totalmente**.

	NO HABERSE RECUPERADO (PARCIAL)			NO HABERSE RECUPERADO (TOTAL)		
	TERMINAN (n= 190)	ABANDONAN (n= 343)	Ji Cuadrado*	TERMINAN (n=120)	ABANDONAN (n=413)	Ji Cuadrado*
SEXO	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
HOMBRE	49 (25,8)	110 (32,1)	$X^2 (1) = 2,302$ $p = ,129$	27 (22,5)	132 (32,0)	$X^2 (1) = 3,976$ $V = ,086$ $p = ,046$
MUJER	141 (74,2)	233 (67,9)		93 (77,5)	281 (68,0)	
ESTADO CIVIL	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
SOLTERO	93 (48,9)	182 (53,1)	$X^2 (2) = ,829$ $p = ,661$	57 (47,5)	218 (52,8)	$X^2 (2) = 1,382$ $p = ,501$
CASADO/EN PAREJA	88 (46,3)	146 (42,6)		56 (46,7)	178 (43,1)	
SEPARADO/DIVORCIADO/VIUDO	9 (4,7)	15 (4,4)		7 (5,8)	17 (4,1)	
SITUACIÓN LABORAL	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
NO TRABAJA	79 (41,6)	119 (34,8)	$X^2 (3) = 2,884$ $p = ,410$	51 (42,5)	147 (35,7)	$X^2 (3) = 2,538$ $p = ,469$
TIEMPO PARCIAL	40 (21,1)	72 (21,1)		26 (21,7)	86 (20,9)	
TIEMPO COMPLETO	64 (33,7)	135 (39,5)		39 (32,5)	160 (38,8)	
BAJA, PENSIÓN, SABÁTICO	7 (3,7)	16 (4,7)		4 (3,3)	19 (4,6)	
FÁRMACOS	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
NO TOMA	129 (68,3)	228 (67,9)	$X^2 (1) = ,009$ $p = ,925$	82 (68,9)	275 (67,7)	$X^2 (1) = ,058$ $p = ,809$
TOMA	60 (31,7)	108 (32,1)		37 (31,1)	131 (32,3)	
DIAGNÓSTICO GENERAL	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
TR. ANSIEDAD	93 (48,9)	129 (37,6)	$X^2 (3) = 10,551$ $V = 141$ $p = ,014$	57 (47,5)	165 (40,0)	$X^2 (3) = 9,212$ $V = ,131$ $p = ,027$
TR. ESTADO DE ÁNIMO	30 (15,8)	43 (12,5)		22 (18,3)	51 (12,3)	
TCA	10 (5,3)	25 (7,3)		9 (7,5)	26 (6,3)	
OTROS	57 (30,0)	146 (42,6)		32 (26,7)	171 (41,4)	
	TERMINAN (n= 93)	ABANDONAN (n= 129)	Ji Cuadrado*	TERMINAN (n= 57)	ABANDONAN (n= 165)	Ji Cuadrado*
DIAGNÓSTICO ANSIEDAD	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
AGO/TP	18 (19,4)	30 (23,3)	$X^2 (5) = 3,661$ $p = ,599$	8 (14)	40 (24,2)	$X^2 (5) = 3,724$ $p = ,590$
FOBIA ESPECÍFICA	18 (19,4)	31 (24)		15 (26,3)	34 (20,6)	
FOBIA SOCIAL	23 (24,7)	34 (26,4)		16 (28,1)	41 (24,8)	
TAG	21 (22,6)	18 (14)		9 (15,8)	30 (18,2)	
TOC	6 (6,5)	9 (7)		4 (7)	11 (6,7)	
OTROS TR. ANSIEDAD	7 (7,5)	7 (5,4)		5 (8,8)	9 (5,5)	

*0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. Los valores p coinciden para X^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de X^2 es significativa.

Los pacientes que abandonaron y los que completaron el tratamiento no difirieron en estado civil (excepto en duración del tratamiento), situación laboral (excepto en juicio del terapeuta) y toma de fármacos en ninguna de las definiciones de abandono. Según la definición de abandono basada en la duración del tratamiento, existe una asociación entre el abandono y otras dos variables: estado civil y diagnóstico. En concreto, en comparación a los que terminaron, los que abandonaron fue más probable que estuvieran solteros (54,6% vs 36,1%) y menos probable que estuvieran casados o en pareja (41,4% vs 57,7%) La asociación fue débil entre las variables estado civil y abandono.

Asimismo, fue menos probable que, según la definición de duración del tratamiento, los que abandonaron presentasen un trastorno de ansiedad (28,6% vs 52,4%) y más probable que presenten el diagnóstico "otros" (el resto de diagnósticos distintos a trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA) (50,2% vs 28,1%). Este patrón se repite en Mejora parcial y total y recuperación parcial; mayores porcentajes de trastornos de ansiedad entre los que terminan (49,5% contra 36,5%), (47,8% contra 39,5%) y (48,9% contra 37,6%); y mayores porcentajes de otros diagnósticos entre los que abandonan (43,0% contra 30,5%), (41,8% contra 27,5%), (42,6% contra 30,0%). Hubo poca asociación entre las variables sexo y abandono. En juicio del terapeuta hubo un mayor porcentaje de clientes con trastornos de ansiedad que finalizaron el tratamiento (63,4% contra 32,3%) y un mayor porcentaje de clientes con Trastornos del Estado de ánimo (16,1% contra 8,1%) y otros diagnósticos (el resto de diagnósticos distintos a trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA) entre los que abandonaron (43,8% contra 24,8%). La asociación entre las variables diagnóstico y abandono fue media. En Recuperación total hubo un mayor porcentaje de clientes con otros diagnósticos (41,4% contra 26,7%) entre los clientes que abandonaron el tratamiento. Hubo poca asociación entre las variables diagnóstico y abandono. De entre los clientes con distintos trastornos de ansiedad, en la definición basada en el Juicio del terapeuta, fue más probable que terminasen el tratamiento los clientes TAG (25,5% vs 10,8%) y abandonaran los clientes AGO/TP (27,5% vs 14,7%). Para el resto de definiciones no hubo diferencias significativas entre las variables tipo de trastorno de ansiedad y abandono.

Según la definición de abandono basada en el juicio del terapeuta, existe también una asociación entre el abandono y la situación laboral. Los clientes que terminaron el tratamiento fue más probable que trabajaran a tiempo completo (44,7% vs 34,2%) y los clientes que abandonaron fue más probable que trabajaran a tiempo parcial (22,9% vs 16,8%). Entre las variables situación laboral y abandono hubo poca asociación.

Según las definiciones de abandono basadas en No haber mejorado parcialmente y totalmente y No haberse recuperado totalmente existe una asociación entre la variable abandono y las variables sexo y diagnóstico (ya comentada anteriormente). Según las definiciones de abandono basadas en No haber mejorado parcialmente y totalmente hubo un porcentaje más elevado de mujeres que finalizaron el tratamiento: (75,7% contra 66,6%) y (77,5% contra 67,6%), y de hombres que lo abandonaron (33,4% contra 24,3%) (32,4% contra 22,5%) respectivamente. Según No haberse recuperado totalmente se repite el mismo patrón: mayor porcentaje de mujeres que terminan (77,5% vs 68%) y mayor porcentaje de hombres que abandonan (32% contra 22,5%) respectivamente. Hubo poca asociación entre la variable sexo y la variable abandono.

6.2 RESULTADOS DE LA GENERALIZABILIDAD DE LAS INTERVENCIONES APLICADAS EN LA UTC_UB

Nos disponemos a analizar los TE obtenidos en la muestra total para las medidas anteriormente descritas, y posteriormente en el resto de muestras analizadas. En primer lugar ofreceremos los resultados, en forma de tabla, de las Medias (*M*) y las Desviaciones Típicas (*DT*) o Medianas (*Me*) y Rangos Intercuartil (*RIQ*) para las distintas poblaciones en las distintas medidas. En segundo lugar analizaremos la distribución de los datos para ver si se ajustan a la distribución normal. Para ello calcularemos las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk (véase Anexo 4). En tercer lugar mostraremos las comparaciones entre las *M* o las *Me* del pre y postratamiento en las distintas variables aplicando las pruebas t de Student (cuando se cumplió el supuesto de normalidad o para muestras superiores a 30 sujetos) y la prueba no paramétrica de Wilcoxon (en caso de no cumplirse el supuesto de distribución normal de las variables o para muestras inferiores a 30 sujetos). Finalmente se mostrará una tabla con los TE obtenidos por las distintas poblaciones en las medidas utilizadas, medidas que se estructuran en tres bloques: medidas específicas, medidas de malestar general (subescalas del DASS-21 y BSI) y medidas de interferencia y calidad de vida (Interferencia total y global y MQLI).

6.2.1 TAMAÑOS DEL EFECTO (TE)

6.2.1.1. TAMAÑOS DEL EFECTO (TE) EN LA MUESTRA TOTAL Y OTRAS MUESTRAS SEGÚN EL ANÁLISIS ITT

En la muestra total (N=533) y las muestras según el diagnóstico (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA), las *M* y *DT* y las *Me* y *RIQ* obtenidos en las distintas medidas se muestran en las Tablas 84 y 85.

Tabla 84. Media y DT de diversas medidas la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento según el análisis ITT.

	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA		
<i>N</i>	533		222		73		35		
MEDIDAS ESPECÍFICAS									
Específicas		<i>n</i> = 398		<i>n</i> = 201		<i>n</i> = 58		<i>n</i> = 25	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Pre		49,93	18,69	51,05	19,94	51,54	16,55	49,94	17,47
Post		37,58	22,22	36,80	22,50	39,34	21,38	39,33	21,61
MALESTAR GENERAL									
DASS-21 Depresión		<i>n</i> = 407		<i>n</i> = 188		<i>n</i> = 56		<i>n</i> = 24	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Pre		15,98	10,95	13,63	9,91	27,71	9,42	18,17	12,76
Post		9,77	10,17	13,63	9,39	15,64	12,43	9,42	9,20
DASS-21 Ansiedad		<i>n</i> = 407		<i>n</i> = 188		<i>n</i> = 56		<i>n</i> = 24	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Pre		12,07	8,93	12,58	9,09	15,68	9,34	11,25	9,21
Post		7,50	8,03	7,32	7,78	10,11	8,85	6,83	7,91
DASS-21 Estrés		<i>n</i> = 407		<i>n</i> = 188		<i>n</i> = 56		<i>n</i> = 24	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Pre		19,66	9,54	18,41	9,00	26,02	9,81	19,75	9,39
Post		14,00	9,85	12,54	9,16	17,89	10,94	16,92	10,15

Tabla 84.(Continuación)

DASS-21 Total		n = 399		n = 178		n = 55		n = 24	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		15,94	8,25	15,00	7,84	23,12	7,92	16,39	9,06
Post		10,45	8,31	9,44	7,79	14,68	9,77	11,06	7,92
BSI- IGS		n = 378		n = 178		n = 55		n = 29	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,16	0,65	1,11	0,61	1,62	0,67	1,36	0,73
Post		0,83	1,15	,81	1,52	0,99	0,74	1,06	0,75
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA									
Interferencia Total		n = 226		n = 106		n = 35		n = 10	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		3,50	1,60	3,24	1,69	4,07	1,30	3,99	1,70
Post		2,63	1,96	2,19	1,94	3,10	1,86	2,99	2,13
Interferencia Global		n = 220		n = 105		n = 34		n = 10	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,09	1,81	5,04	1,71	5,97	1,60	5,80	2,20
Post		3,58	2,43	3,23	2,30	4,21	2,65	4,00	3,50
MQLI		n = 139		n = 54		n = 29		n = 7	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,75	1,57	5,92	1,58	5,15	1,18	5,82	1,83
Post		6,43	1,75	6,65	1,57	6,09	1,85	5,82	1,83

M: Media; DT: Desviación Típica; DASS: Depression Anxiety Stress Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; MQLI: Multicultural Quality of Life Index.

Tabla 85. Mediana (Me) y Rango Intercuartil (RIQ) de diversas medidas de la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento según el análisis ITT.

	Muestra total	Ansiedad		Estado de ánimo		TCA			
N	533	222		73		35			
MEDIDAS ESPECÍFICAS									
Específicas		n = 398		n = 201		n = 58		n = 25	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		49,44	19,15	48,57	19,35	51,69	16,07	53,89	30,06
Post		39,40	29,69	42,50	33,31	38,41	24,89	25,64	35,08
MALESTAR GENERAL									
DASS-21 Depresión		n = 407		n = 188		n = 56		n = 24	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		16,00	20,00	15,00	17,00	30,00	16,00	22,00	18,00
Post		4,00	12,00	6,00	11,00	14,00	30,00	2,00	14,00
DASS-21 Ansiedad		n = 407		n = 188		n = 56		n = 24	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		12,00	14,00	12,00	18,00	14,00	18,00	12,00	21,00
Post		4,00	10,00	4,00	10,00	8,00	14,00	2,00	19,00
DASS-21 Estrés		n = 407		n = 188		n = 56		n = 24	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		20,00	12,00	18,00	10,00	20,00	16,00	20,00	21,00
Post		10,00	14,00	10,00	10,00	18,00	20,00	16,00	18,00
DASS-21 Total		n = 399		n = 178		n = 55		n = 24	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		16,00	13,67	15,33	11,00	20,67	13,67	17,33	17,67
Post		8,00	12,00	7,33	7,67	16,00	20,33	6,67	13,67

Tabla 85. (Continuación).

BSI- IGS		n = 378		n = 178		n = 55		n = 29	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		1,17	1,09	1,06	0,98	1,57	1,16	1,75	1,45
Post		0,58	0,96	0,58	0,69	1,19	1,48	0,23	1,67
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA									
Interferencia Total		n = 226		n = 106		n = 35		n = 10	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		3,63	2,17	3,10	2,43	4,00	1,65	4,10	3,13
Post		2,50	3,23	1,88	2,99	3,20	3,28	4,10	3,13
Interferencia Global		n = 220		n = 105		n = 34		n = 10	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		5,00	2,00	5,00	2,50	6,00	1,50	7,00	3,50
Post		4,00	5,00	3,00	4,00	4,00	4,50	7,00	3,50
MQLI		n = 139		n = 54		n = 29		n = 7	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		5,80	2,14	5,67	1,95	5,70	1,92	5,80	5,80
Post		6,80	2,40	6,90	2,30	6,33	3,12	3,40	3,40

Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil; DASS: Depression Anxiety Stress Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; MQLI: Multicultural Quality of Life Index.

Aplicadas las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk a la variable diferencia pre-post en las muestras diagnósticas (total, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA) (véase Tabla 1, Anexo 4) se comprobó que ninguna de las variables se distribuyó normalmente, lo que nos llevó a aplicar la prueba no paramétrica de Wilcoxon para comprobar la existencia de posibles diferencias significativas entre el pre y el postratamiento. Los resultados se muestran en la Tabla 86.

Tabla 86. Test de Wilcoxon (Valor Z) de la muestra total y otras muestras para las diferencias pre-post en diversas medidas según el análisis ITT.

	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA	
N	533		222		73		35	
	n	z	n	z	n	z	n	z
MEDIDAS ESPECÍFICAS								
Específicas pre-post	398	-12,115	201	-9,366	58	-4,717	24	-2,621
P		,000		,000		,000		,009
MALESTAR GENERAL								
DASS-21 Depresión pre-post	407	-11,398	188	-7,794	56	-5,232	23	-2,695
P		,000		,000		,000		,007
DASS-21 Ansiedad pre-post	407	-11,334	188	-8,304	56	-4,173	24	-2,701
P		,000		,000		,000		,007
DASS-21 Estrés pre-post	407	-11,550	188	-8,332	56	-4,315	24	-1,966
P		,000		,000		,000		,049
DASS-21 Total pre-post	399	-12,384	184	-8,701	55	-4,968	23	-2,607
P		,000		,000		,000		,009
BSI- IGS pre-post	378	-10,993	178	-7,870	55	-4,971	28	-2,432
P		,000		,000		,000		,015
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA								
Interferencia Total pre-post	226	-7,760	106	-5,953	35	-3,238	10	-1,604
P		,000		,000		,001		,109

Tabla 86. (continuación).

Interferencia Global pre-post	220	-8,535	105	-6,518	34	-3,321	10	-1,604
P		,000		,000		,001		,109
MQLI pre-post	139	-5,427	54	-3,337	29	-2,589	7	0,000*
P		,000		,000		,010		1,000

Z: Valor test de Wilcoxon; **DASS**: Depression Anxiety Stress Scale; **BSI**: Brief Symptom Inventory; **MQLI**: Multicultural Quality of Life Index. *La suma de los rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos.

Aplicada la prueba no paramétrica de Wilcoxon, se hallaron cambios significativos entre el pre y el post en todas las variables, excepto en Interferencia Total y Global y en el MQLI para la muestra de TCA.

Los TE correspondientes a las diferencias pre-post en diversas medidas de la muestra total y de otras muestras (trastornos de ansiedad, estado de ánimo y TCA) para el análisis ITT aparecen en la Tabla 87.

Tabla 87. TE de las diferencias pre-post de diversas medidas en la muestra total y otras muestras según el análisis ITT.

	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA	
N	533		222		73		35	
	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>
MEDIDAS ESPECÍFICAS								
Específicas	398	0,59	201	0,66	58	0,62	25	0,52
IC	0,52-0,67		0,55 - 0,77		0,42-0,82		0,22 - 0,82	
MALESTAR GENERAL								
DASS-21 Depresión	407	0,59	188	0,57	56	1,07	24	0,75
IC	0,51 - 0,66		0,46 - 0,68		0,83 - 1,30		0,42 - 1,08	
DASS-21 Ansiedad	407	0,54	188	0,61	56	0,60	24	0,49
IC	0,46 - 0,61		0,50 - 0,72		0,40 - 0,81		0,19 - 0,80	
DASS-21 Estrés	407	0,58	188	0,64	56	0,77	24	0,28
IC	0,51 - 0,66		0,53 - 0,76		0,56 - 0,98		-0,02 - 0,57	
DASS-21 Total	399	0,66	184	0,71	55	0,93	24	0,60
IC	0,59 - 0,74		0,59 - 0,82		0,70 - 1,16		0,29 - 0,92	
BSI- IGS	378	0,34	178	0,25	55	0,87	29	0,41
IC	0,27 - 0,41		0,14 - 0,35		0,65 - 1,10		0,12 - 0,67	
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA								
Interferencia Total	226	0,47	106	0,57	35	0,57	10	0,46
IC	0,37 - 0,57		0,42 - 0,72		0,31 - 0,83		-0,03 - 0,95	
Interferencia Global	220	0,68	105	0,87	34	0,76	10	0,53
IC	0,58 - 0,78		0,71 - 1,03		0,48 - 1,03		0,03 - 1,03	
MQLI	139	-0,40	54	-0,45	29	-0,57	7	0,00
IC	-0,53 - -0,28		-0,65 - -0,25		-0,86 - -0,29		-0,57 - 0,57	

g: *g* de Hedges; *IC*: Intervalo de Confianza; **DASS**: Depression Anxiety Stress Scale; **BSI**: Brief Symptom Inventory; **MQLI**: Multicultural Quality of Life Index.

En la **muestra total (N=533)**, los TE fueron de magnitud media en las **medidas específicas**, en las de **malestar general** (salvo en el BSI-IGS, en que fue baja) y en Interferencia Global (aunque moderada-baja en Interferencia Total). Asimismo, el TE fue de magnitud baja en calidad de vida.

Pasando ahora a los pacientes con trastorno de **ansiedad (n=222)**, los TE fueron de magnitud media en las **medidas específicas**, en las de **malestar general** (salvo en el BSI-IGS, en que fue baja) y en Interferencia Total. El TE fue de magnitud grande en Interferencia Global y de magnitud baja en Calidad de Vida.

Los TE obtenidos con la muestra de clientes con Trastornos del **Estado de ánimo (n=73)** fueron de magnitud media en las medidas específicas, de malestar general (salvo en las Escalas de Depresión y Total del DASS-21 y en el BSI-IGS que fueron grandes) y en las medidas de Interferencia y Calidad de Vida.

En la muestra con **TCA (n=35)** los TE fueron de magnitud media para las medidas específicas, para algunas de malestar general (Escalas de Depresión y Total del DASS-21) y para Interferencia Global (según Wilcoxon no hubo cambio pre-post significativo). Fueron de magnitud baja para Escalas de Ansiedad y Estrés del DASS-21 y el BSI-IGS, y para Interferencia Total. Los resultados de estas últimas medidas deben ser considerados como muy tentativos y, probablemente, poco fiables, dado el pequeño tamaño de la muestra.

Los resultados que se presentan a continuación (siguiendo el mismo orden que se ha venido utilizando) son los de distintos problemas de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC), dejando a un lado la categoría “Otros trastornos de ansiedad” debido a su heterogeneidad y pequeño tamaño. La Tabla 88 muestra las M y DT; la Tabla 89 las Me y RIQ; la Tabla 2 (Anexo 4) ofrece datos de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk.

Tabla 88. Medias y DT de diversas medidas de las muestras de los trastornos de ansiedad en el pretratamiento y postratamiento según el análisis ITT.

	AGO/TP		Fobia específica		Fobia Social		TAG		TOC	
<i>n</i>	48		49		57		39		15	
MEDIDAS ESPECÍFICAS										
Específicas	<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 42		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 38		<i>n</i> = 13	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Pre	39,76	16,29	49,50	23,83	59,13	17,39	58,53	18,46	45,73	12,06
Post	27,53	18,39	32,69	23,90	45,01	23,31	43,19	22,54	32,30	16,88
MALESTAR GENERAL										
DASS-21 Depresión	<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 37		<i>n</i> = 45		<i>n</i> = 38		<i>n</i> = 13	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Pre	13,72	10,16	7,08	8,75	14,76	9,41	17,66	9,17	15,38	6,85
Post	9,88	11,16	5,78	8,12	8,09	9,53	8,05	8,07	8,00	9,66
DASS-21 Ansiedad	<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 37		<i>n</i> = 45		<i>n</i> = 38		<i>n</i> = 13	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Pre	17,07	8,69	7,54	7,62	13,77	9,24	10,29	7,85	15,08	9,26
Post	11,19	9,59	5,70	5,56	7,88	8,16	4,53	5,86	5,85	5,26

Tabla 88. (Continuación).

DASS-21 Estrés		n = 43		n = 37		n = 45		n = 38		n = 13	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		19,12	7,86	12,35	7,89	18,00	8,95	23,18	8,34	21,38	8,96
Post		15,23	10,32	8,95	7,62	11,47	8,53	14,39	9,36	12,00	8,33
DASS-21 Total		n = 42		n = 37		n = 44		n = 37		n = 12	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,63	7,48	8,99	7,02	15,69	8,02	17,32	6,23	18,17	6,23
Post		12,33	9,36	6,81	6,23	9,25	8,18	9,05	6,34	9,33	6,68
BSI- IGS		n = 34		n = 41		n = 43		n = 36		n = 12	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,31	0,70	0,76	0,49	1,11	0,59	1,25	0,52	1,39	0,48
Post		0,95	0,85	1,03	2,93	00,72	0,65	0,65	0,58	0,54	0,43
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA											
Interferencia Total		n = 25		n = 18		n = 25		n = 22		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		3,77	1,86	1,64	1,16	2,82	1,59	4,07	1,24	3,60	1,41
Post		2,92	2,52	1,14	1,25	1,90	1,67	2,51	1,92	1,78	1,61
Interferencia Global		n = 24		n = 18		n = 25		n = 22		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,33	1,52	3,94	2,04	4,88	1,56	5,70	1,64	4,75	1,49
Post		3,85	2,74	2,11	2,14	3,16	2,11	3,45	2,25	2,75	1,98
MQLI		n = 13		n = 12		n = 12		n = 7		n = 3	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,07	1,50	7,32	1,31	5,71	1,30	5,38	1,32	--	--
Post		5,66	1,81	7,69	1,36	6,71	1,23	6,00	1,35	--	--

M: Media; DT: Desviación Típica; DASS: Depression Anxiety Stress Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; MQLI: Multicultural Quality of Life Index; --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Tabla 89. Mediana (Me) y Rango Intercuartil (RIQ) de diversas medidas de las muestras de los trastornos de ansiedad en el pretratamiento y postratamiento según el análisis ITT.

	AGO/TP	Fobia específica	Fobia Social	TAG	TOC						
n	48	49	57	39	15						
MEDIDAS ESPECÍFICAS											
Específicas	n = 43		n = 42		n = 52		n = 38		n = 13		
	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	
Pre	47,44	25,27	47,22	24,54	56,38	20,02	46,88	36,02	40,70	22,77	
Post	31,36	39,19	27,50	38,69	43,22	33,06	47,89	33,39	29,13	21,77	
MALESTAR GENERAL											
DASS-21 Depresión		n = 43		n = 37		n = 45		n = 38		n = 13	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		12,00	18,00	4,00	9,00	21,00	17,50	20,00	4,00	16,00	11,00
Post		6,00	16,00	4,00	9,00	5,00	4,00	8,00	22,00	2,00	13,00
DASS-21 Ansiedad		n = 43		n = 37		n = 45		n = 38		n = 13	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		18,00	20,00	4,00	10,50	15,00	19,00	8,00	18,00	14,00	12,00
Post		8,00	14,00	4,00	9,00	6,00	9,00	4,00	8,00	4,00	8,00

Tabla 89. (Continuación).

DASS-21 Estrés		n = 43		n = 37		n = 45		n = 38		n = 13	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		20,00	6,00	10,00	11,50	20,00	8,50	20,00	18,00	20,00	11,00
Post		16,00	10,00	6,00	4,50	10,00	6,50	14,00	18,00	12,00	14,00
DASS-21 Total		n = 42		n = 37		n = 44		n = 37		n = 12	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		19,33	10,67	8,00	6,67	17,00	13,42	16,00	11,33	16,67	5,00
Post		10,00	12,67	7,00	6,67	7,00	5,67	10,00	14,67	8,00	12,67
BSI- IGS		n = 34		n = 41		n = 43		n = 36		n = 12	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		1,17	1,19	0,58	0,61	1,56	1,03	1,06	1,02	1,44	0,89
Post		0,64	1,37	0,21	0,51	0,63	0,32	0,68	1,26	0,50	0,73
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA											
Interferencia Total		n = 25		n = 18		n = 25		n = 22		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		3,75	3,46	2,33	2,51	3,11	2,73	3,56	1,89	3,72	2,56
Post		2,33	5,00	1,00	2,34	1,72	2,78	2,88	2,00	1,29	2,92
Interferencia Global		n = 24		n = 18		n = 25		n = 22		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		5,00	3,00	4,00	3,00	5,00	2,25	5,00	2,00	5,00	1,75
Post		5,00	6,00	1,00	4,50	3,00	4,25	4,00	4,00	3,00	3,75
MQLI		n = 13		n = 12		n = 12		n = 7		n = 3	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		5,40	2,51	7,20	2,00	5,05	1,18	5,30	2,20	--	--
Post		6,10	2,50	8,20	2,20	6,90	2,25	5,40	2,00	--	--

Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil; DASS: Depression Anxiety Stress Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; MQLI: Multicultural Quality of Life Index; --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Aplicadas las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) en las muestras con diagnóstico de trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) (Tabla 2; Anexo 4) se ha comprobado que las variables que se han distribuido normalmente, con las que aplicaremos la t de Student, han sido las medidas específicas, DASS Depresión, DASS Estrés y DASS Total para la muestra TAG. Para el resto de variables aplicaremos la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Los resultados se presentan en la Tabla 90.

Tabla 90. t de Student y Test de Wilcoxon (valor z) de las muestras con trastornos de ansiedad para las diferencias pre-post en diversas medidas según el análisis ITT.

	AGO / TP		Fobia específica		Fobia Social		TAG		TOC	
n	48		49		57		39		15	
	n	z	n	z	n	z	n	t o z	n	z
MEDIDAS ESPECÍFICAS										
							gl	t		
Específicas pre-post	43	-4,245	42	-4,433	52	-5,066	37	4,709	13	-2,803
p		,000		,000		,000		,000		,005

Tabla 90. (Continuación).

MEDIDAS MALESTAR GENERAL											
							<i>gl</i>	<i>t</i>			
DASS-21 Depresión pre-post	<i>p</i>	43	-3,185	37	-1,645	45	-4,099	37	5,659	13	-2,676
			,001		,100		,000		,000		,007
							<i>n</i>	<i>z</i>			
DASS-21 Ansiedad pre-post	<i>p</i>	43	-4,164	37	-1,417	45	-4,254	38	-4,229	13	-3,074
			,000		,156		,000		,000		,002
							<i>gl</i>	<i>t</i>			
DASS-21 Estrés pre – post	<i>p</i>	42	-3,167	37	-3,317	45	-4,714	37	5,689	13	-2,829
			,002		,001		,000		,000		,005
							<i>gl</i>	<i>t</i>			
DASS-21 Total pre-post	<i>p</i>	42	-3,806	37	-2,723	44	-4,439	36	6,773	12	-2,845
			,000		,006		,000		,000		,004
							<i>n</i>	<i>z</i>			
BSI- IGS pre- post	<i>p</i>	33	-3,157	41	-2,156	43	-3,772	35	-4,638	12	-2,934
			,002		,031		,000		,000		,003
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA											
							<i>n</i>	<i>z</i>			
Interferencia Total pre-post	<i>p</i>	25	-2,621	18	-2,044	25	-2,550	21	-3,237	8	-2,201
			,009		,041		,011		,001		,028
							<i>n</i>	<i>z</i>			
Interferencia Global pre-post	<i>p</i>	24	-2,715	18	-3,084	25	-3,075	22	-3,197	8	-2,226
			,007		,002		,002		,001		,026
							<i>n</i>	<i>z</i>			
MQLI pre-post	<i>p</i>	13	-2,023	12	-,943	12	-1,690	7	-,730	3	--
			,043		,345		,091		,465		--

Z: Valor test de Wilcoxon; t: t de Student; DASS: Depression Anxiety Stress Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; MQLI: Multicultural Quality of Life Index; --: valores no calculados por muestra menor a 5.

De las anteriores comparaciones de *M* y *Me* se deriva que existen diferencias significativas pre-post en las medidas específicas para todas las poblaciones y definiciones de terminación excepto para Fobia específica en las medidas DASS-21 Depresión y Ansiedad y el MQLI. Tampoco lo fue el MQLI para Fobia social y TAG. Los resultados de los TE para los diferentes problemas de ansiedad se muestran en la Tabla 91.

Tabla 91. TE de las diferencias pre-post de diversas medidas en las muestras de trastornos de ansiedad según el análisis ITT.

	AGO / TP		Fobia específica		Fobia Social		TAG		TOC	
<i>n</i>	48		49		57		39		15	
	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>G</i>
MEDIDAS ESPECÍFICAS										
Específicas	43	0,69	42	0,69	52	0,64	38	0,72	13	0,82
IC	0,45 - 0,93		0,55 - 0,93		0,42 - 0,85		0,46 - 0,98		0,35 - 1,29	
MALESTAR GENERAL										
DASS-21 Depresión	43	0,35	37	0,15	45	0,69	38	1,09	13	0,76
IC	0,13 - 0,57		-0,08 - 0,38		0,46 - 0,93		0,80 - 1,38		0,30 - 1,22	
DASS-21 Ansiedad	43	0,63	37	0,27	45	0,66	38	0,80	13	0,99
IC	0,39 - 0,86		0,03 - 0,50		0,43 - 0,89		0,53 - 1,06		0,49 - 1,49	
DASS-21 Estrés	43	0,40	37	0,43	45	0,73	38	0,97	13	1,01
IC	0,18 - 0,62		0,19 - 0,67		0,50 - 0,97		0,69 - 1,25		0,51 - 1,52	

Tabla 91. (Continuación).

DASS-21 Total	42	0,48	37	0,32	44	0,78	37	1,29	12	1,27
IC	0,26 - 0,71		0,08 - 0,56		0,54 - 1,02		0,97 - 1,60		0,69 - 1,85	
BSI- IGS	34	0,45	41	-0,12	43	0,60	36	1,07	12	1,73
IC	0,19 - 0,70		-0,34 - 0,10		0,37 - 0,84		0,77 - 1,37		1,04 - 2,41	
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA										
Interferencia Total	25	0,34	18	0,33	25	0,52	22	0,89	8	1,07
IC	0,05 - 0,63		-0,03 - 0,67		0,25 - 0,86		0,53 - 1,26		0,39 - 1,76	
Interferencia Global	24	0,57	18	0,84	25	0,89	22	1,10	8	1,01
IC	0,26 - 0,89		0,44 - 1,23		0,55 - 1,23		0,71 - 1,48		0,34 - 1,4	
MQLI	13	-0,32	12	-0,26	12	-0,73	7	-0,41	3	--
IC	-0,74 - 0,09		-0,68 - 0,17		-1,21 - -0,25		-1,00 - 0,19		--	

g: g de Hedges; **IC:** Intervalo de Confianza; **DASS:** Depression Anxiety Stress Scale; **BSI:** Brief Symptom Inventory; **MQLI:** Multicultural Quality of Life Index; --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Describiremos los TE obtenidos en la muestra de los clientes que empezaron el tratamiento (ITT) con diferentes trastornos de ansiedad. Los TE para las muestras de AGO/TP, Fobia específica y Fobia social fueron de magnitud media (salvo en Interferencia global que fue grande para las fobias específica y social). Los TE para las muestras de TAG y TOC fueron de magnitud grande, excepto para las medidas específicas en TAG que fue media. Los resultados de las medidas para TOC y el MQLI de TAG deben ser considerados como muy tentativos y, probablemente, poco fiables, dado el pequeño tamaño de la muestra.

Los TE obtenidos para DASS-21 Depresión, BSI-IGS y la Escala de Interferencia Total en la muestra de Fobia Específica y para el MQLI (excepto en la población de Fobia Social) no fueron significativos debido a que los IC contenían el valor 0.

6.2.1.2. TE PARA LOS CLIENTES QUE TERMINAN EL TRATAMIENTO SEGÚN LAS DIFERENTES DEFINICIONES DE TERMINACIÓN

En el presente apartado presentaremos los resultados de los clientes que terminaron el tratamiento, por ello pasaremos a hablar de “definiciones de terminación”, las cuales son la inversa de “definiciones de abandono”. Seguiremos el mismo orden en la presentación que hasta el momento: las tablas de *M* y *DT* (véase Tabla 91) o de *Me* y *RIQ* (véase Tabla 92), las pruebas de normalidad (anexo 4), los resultados de las comparaciones de medias (t de Student) y medianas (Wilcoxon) pre y post y las tablas de los TE obtenidos agrupados por medidas.

La primera agrupación contiene las medidas específicas, la segunda las medidas de malestar general y, la última, las medidas de interferencia y calidad de vida. Los resultados parten de las distintas definiciones de terminación analizadas (duración del tratamiento, juicio del terapeuta, clientes mejorados y clientes recuperados) en las distintas muestras según el diagnóstico.

En la Tabla 92 aparecen las *M* y *DT* de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras.

Tabla 92. Media y DT de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan en tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	n Muestra total		n Ansiedad		n Estado de ánimo		n TCA	
Duración del Tratamiento	292		153		39		18	
Juicio del terapeuta	161		102		13		6	
Mejora parcial	210		104		31		11	
Mejora total	138		66		24		10	
Recuperación parcial	190		93		30		10	
Recuperación total	120		57		22		9	
Duración del tratamiento								
	n = 240		n = 135		n = 30		n = 13	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	49,75	18,93	51,51	20,49	49,68	11,11	49,23	16,56
Post	30,46	20,77	32,01	21,26	29,15	18,34	28,83	18,70
Juicio del terapeuta								
	n = 142		n = 92		n = 12		n = 5	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	49,11	18,78	50,90	18,49	51,08	19,19	53,75	20,08
Post	26,89	19,85	28,83	19,74	23,31	16,72	13,06	5,81
Mejora parcial								
	n = 173		n = 92		n = 26		n = 9	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	50,08	17,06	51,11	18,80	49,56	9,43	56,81	13,14
Post	27,29	18,59	27,27	17,86	26,51	16,50	27,58	21,24
Mejora total								
	n = 125		n = 64		n = 21		n = 9	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	50,94	17,74	50,86	19,16	51,21	14,52	56,81	13,14
Post	25,45	19,01	23,78	17,72	25,23	16,35	27,58	21,24
Recuperación parcial								
	n = 171		n = 83		n = 26		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	48,01	16,57	48,92	17,37	51,53	13,66	55,43	13,33
Post	24,18	16,97	24,28	15,40	26,06	16,14	22,13	14,49
Recuperación total								
	n = 104		n = 55		n = 19		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	49,31	16,66	48,00	17,20	51,66	15,22	55,43	13,33
Post	23,04	17,19	20,61	15,43	24,85	16,32	22,13	14,49

M: Media; DT: Desviación Típica.

En la Tabla 93 aparecen las Me y RIQ de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras.

Tabla 93. Mediana (Me) y Rango Intercuartil (RIQ) de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA	
Duración del Tratamiento	292		153		39		18	
Juicio del terapeuta	161		102		13		6	
Mejora parcial	210		104		31		11	
Mejora total	138		66		24		10	
Recuperación parcial	190		93		30		10	
Recuperación total	120		57		22		9	
Duración del tratamiento								
	n = 240		n = 135		n = 30		n = 13	
	Me	RIQ	M	RIQ	M	RIQ	M	RIQ
Pre	48,76	24,68	49,47	22,28	52,27	16,85	51,13	30,23
Post	27,80	31,03	31,43	32,78	33,61	22,48	19,32	26,81

Tabla 93. (Continuación).

Juicio del terapeuta		n = 142		n = 92		n = 12		n = 5	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		48,57	25,74	50,36	21,71	46,95	30,98	51,13	34,47
Post		27,89	30,62	31,36	31,91	27,61	32,13	13,54	10,84
Mejora parcial		n = 173		n = 92		n = 26		n = 9	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		51,00	19,23	50,36	19,19	52,27	16,85	54,42	14,16
Post		29,24	27,19	27,50	32,19	33,61	22,48	18,70	22,67
Mejora total		n = 125		n = 64		n = 21		n = 9	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		52,70	17,95	51,53	19,86	55,34	19,34	54,96	16,53
Post		31,50	29,67	25,42	33,54	37,53	27,28	19,14	29,90
Recuperación parcial		n = 171		n = 83		n = 26		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		50,36	19,36	50,36	19,19	52,27	16,85	53,89	7,91
Post		27,89	29,67	27,50	32,19	33,61	22,48	19,14	22,42
Recuperación total		n = 104		n = 55		n = 19		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		52,17	18,76	49,81	25,24	55,34	19,34	53,89	7,91
Post		31,97	30,11	17,60	22,90	37,53	27,28	19,14	22,42

Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil.

Aplicadas las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) en las muestras total, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y TCA (véase Tabla 3, Anexo 4) se ha comprobado que la variable medidas específicas han seguido la distribución normal en la muestra total para las definiciones de terminación Mejora total y Recuperación parcial y total. A su vez, en la muestra trastornos de ansiedad para las definiciones Mejora y Recuperación parcial y total. Por último en la muestra trastornos del estado de ánimo para la definición duración del tratamiento. Para el resto de variables aplicaremos la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Los resultados aparecen en la Tabla 94.

Tabla 94. t de Student y test de Wilcoxon (valor z) de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	n		n		n		n	
	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA	
Duración del Tratamiento	292		153		39		18	
Juicio del terapeuta	161		102		13		6	
Mejora parcial	210		104		31		11	
Mejora total	138		66		24		10	
Recuperación parcial	190		93		30		10	
Recuperación total	120		57		22		9	
	n	z	n	z	gl	t	n	z
Duración del tratamiento	240	-11,725	135	-8,923	29	6,806	13	-2,621
p		,000		,000		,000		,009
	n	z	n	z	n	z	n	z
Juicio del terapeuta	142	-9,464	92	-7,838	12	-3,059	5	-2,023
P		,000		,000		,002		,043

Tabla 94. (Continuación).

	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>gl</i>	<i>T</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Mejora parcial	173	-10,681	91	14,685	26	-4,330	9	-2,547
<i>p</i>		,000		,000		,000		,011
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>T</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Mejora total	124	15,848	63	13,950	21	-3,875	9	-2,547
<i>p</i>		,000		,000		,000		,011
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>T</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Recuperación parcial	170	17,484	82	14,091	26	-4,356	8	-2,521
<i>p</i>		,000		,000		,000		,012
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>T</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Recuperación total	103	14,365	54	12,775	19	-3,702	8	-2,521
<i>p</i>		,000		,000		,000		,012

Z: Valor test de Wilcoxon; t: t de Student.

De las anteriores comparaciones de *M* y *Me* se deriva que existen diferencias significativas pre-post en las medidas específicas para todas las poblaciones y definiciones de abandono. Los resultados de los TE aparecen en la Tabla 95.

Tabla 95. TE de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA
Duración del Tratamiento	292	153	39	18
Juicio del terapeuta	161	102	13	6
Mejora parcial	210	104	31	11
Mejora total	138	66	24	10
Recuperación parcial	190	93	30	10
Recuperación total	120	57	22	9

	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>G</i>	<i>n</i>	<i>g</i>
Duración del tratamiento	240	0,96	135	0,93	30	1,26	13	1,08
IC		0,86 – 1,07		0,78 – 1,07		0,91 – 1,61		0,57 – 1,60
Juicio del terapeuta	142	1,14	92	1,14	12	1,43	5	2,32
IC		0,99 – 1,29		0,95 – 1,33		0,81 – 2,04		0,79 – 3,85
Mejora parcial	173	1,27	92	1,29	26	1,61	9	1,48
IC		1,13 – 1,41		1,09 – 1,49		1,18 – 2,03		0,73 – 2,23
Mejora total	125	1,38	64	1,45	21	1,61	9	1,48
IC		1,20 – 1,55		1,20 – 1,70		1,13 – 2,09		0,73 – 2,23
Recuperación parcial	171	1,41	83	1,48	26	1,65	8	2,13
IC		1,26 – 1,56		1,26 – 1,70		1,21 – 2,08		1,11 – 3,14
Recuperación total	104	1,54	55	1,65	19	1,63	8	2,13
IC		1,34 – 1,74		1,36 – 1,94		1,12 – 2,14		1,11 – 3,15

g: *g* de Hedges; *IC*: Intervalo de Confianza.

Los TE de los pacientes que **completaron** el tratamiento para las **medidas específicas** fueron de magnitud grande o muy grande en todas las poblaciones estudiadas (muestra total, trastornos de ansiedad del estado de ánimo y TCA) según todas las definiciones de terminación.

En la Tabla 96 se muestran las *M* y *DT* y en la 97 la *Me* y *RIQ* para las medidas de malestar general en las muestras total, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA.

Tabla 96. Media y *DT* de las medidas de malestar general en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

MALESTAR GENERAL	n	n	n	n				
	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA				
Duración del Tratamiento	292	153	39	18				
Juicio del terapeuta	161	102	13	6				
Mejora parcial	210	104	31	11				
Mejora total	138	66	24	10				
Recuperación parcial	190	93	30	10				
Recuperación total	120	57	22	9				
DASS-21 Depresión								
Duración del tratamiento	n = 222		n = 118		n = 30		n = 11	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	16,41	10,86	13,91	9,73	28,53	9,41	21,27	13,98
Post	5,93	7,17	5,89	7,39	8,27	8,64	6,18	7,12
Juicio del terapeuta	n = 129		n = 78		n = 11		n = 5	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	14,48	10,30	12,85	8,99	26,18	11,57	26,40	16,88
Post	3,53	3,99	3,49	3,68	4,55	6,99	3,60	2,19
Mejora parcial	n = 174		n = 86		n = 26		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	16,41	11,13	13,05	9,64	28,38	9,62	26,50	12,55
Post	4,84	6,43	4,56	6,80	6,23	6,53	6,25	7,67
Mejora total	n = 114		n = 53		n = 20		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	17,17	11,89	12,32	9,43	31,00	7,72	26,50	12,55
Post	3,81	4,82	2,75	3,91	6,10	6,10	6,25	7,67
Recuperación parcial	n = 162		n = 77		n = 25		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	16,12	11,06	11,90	8,47	28,48	9,80	26,50	12,55
Post	3,90	4,50	3,17	3,84	5,68	6,02	6,25	7,67
Recuperación total	n = 101		n = 45		n = 18		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	17,06	11,83	12,07	9,19	31,00	7,98	26,50	12,55
Post	3,29	4,14	2,36	3,34	4,67	4,45	6,25	7,67
DASS-21 Ansiedad								
Duración del tratamiento	n = 223		n = 119		n = 30		n = 11	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	12,63	8,69	12,82	8,69	15,33	9,36	13,09	9,14
Post	5,09	6,21	5,63	6,32	5,20	4,92	5,09	4,85
Juicio del terapeuta	n = 130		n = 79		n = 11		n = 5	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	11,85	8,22	11,96	7,80	15,09	9,31	18,40	8,88
Post	3,48	4,12	3,86	4,52	3,82	2,89	4,40	2,61
Mejora parcial	n = 174		n = 86		n = 26		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	13,21	8,84	13,27	8,76	16,15	9,53	16,25	8,38
Post	4,47	5,69	4,92	6,02	4,23	4,28	6,00	5,24
Mejora total	n = 114		n = 53		n = 20		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	13,33	9,07	12,23	8,80	19,00	8,84	16,25	8,38
Post	3,69	4,85	3,04	3,76	4,60	4,55	6,00	5,24

Tabla 96. (Continuación).

Recuperación parcial		n = 162		n = 77		n = 25		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		12,76	8,59	12,45	8,31	16,16	9,73	16,25	8,38
Post		3,57	4,39	3,60	3,93	3,68	3,30	6,00	5,24
Recuperación total		n = 101		n = 45		n = 18		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		12,95	8,69	11,91	8,20	19,00	9,29	16,25	8,38
Post		3,12	4,05	2,60	2,73	3,56	3,11	6,00	5,24
DASS-21 Estrés									
Duración del tratamiento		n = 223		n = 119		n = 30		n = 11	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		20,11	8,99	19,08	8,54	26,10	10,08	18,18	10,10
Post		10,38	7,81	10,38	7,92	12,00	8,22	12,73	9,52
Juicio del terapeuta		n = 130		n = 79		n = 11		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		19,67	8,97	18,84	8,32	29,36	10,41	20,80	10,16
Post		8,48	6,58	8,77	6,94	8,55	7,49	9,60	9,32
Mejora parcial		n = 174		n = 86		n = 26		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		20,25	9,40	18,72	18,72	27,04	10,15	21,00	10,31
Post		9,37	7,63	9,16	9,16	11,08	8,34	12,75	9,50
Mejora total		n = 114		n = 53		n = 20		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		20,46	9,78	17,83	8,91	29,05	9,10	21,00	10,31
Post		8,47	6,79	6,87	5,92	11,40	7,92	12,75	9,50
Recuperación parcial		n = 162		n = 77		n = 25		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		20,11	9,54	18,16	9,01	27,32	10,26	21,00	10,31
Post		8,64	6,88	7,90	6,60	10,80	8,39	12,75	9,50
Recuperación total		n = 101		n = 45		n = 18		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		20,31	9,88	17,53	8,89	29,17	9,22	21,00	10,31
Post		8,20	6,50	6,89	5,82	10,44	7,75	12,75	9,50
DASS-21 Total									
Duración del tratamiento		n = 219		n = 116		n = 29		n = 11	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,40	7,89	15,34	7,42	23,30	7,91	17,52	10,46
Post		7,18	6,21	7,40	6,32	8,53	6,31	8,00	6,55
Juicio del terapeuta		n = 127		n = 77		n = 10		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		15,35	7,58	14,67	6,60	23,50	9,62	21,87	11,51
Post		5,18	4,12	5,42	4,23	5,47	5,76	5,87	4,41
Mejora parcial		n = 171		n = 84		n = 25		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,64	8,11	15,09	7,49	23,85	8,17	21,25	9,60
Post		6,27	5,80	6,33	6,08	7,17	5,61	8,33	6,81
Mejora total		n = 112		n = 52		n = 19		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		17,02	8,81	14,27	7,47	26,47	7,11	21,25	9,60
Post		5,35	4,82	4,30	3,68	7,37	5,50	8,33	6,81

Tabla 96. (Continuación).

Recuperación parcial		n = 159		n = 75		n = 24		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,34	8,04	14,24	6,93	23,99	8,32	21,25	9,60
	Post	5,41	4,39	4,98	3,62	6,69	5,18	8,33	6,81
Recuperación total		n = 99		n = 44		n = 17		n = 8	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,80	8,63	14,00	7,05	26,53	7,30	21,25	9,60
	Post	4,89	4,17	4,04	3,07	6,16	4,37	8,33	6,81
BSI- IGS									
Duración del tratamiento		n = 192		n = 105		n = 28		n = 10	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,23	0,62	1,16	0,59	1,70	0,61	1,35	0,84
	Post	0,61	1,43	0,68	1,88	0,55	0,45	0,69	0,64
Juicio del terapeuta		n = 113		n = 71		n = 11		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,13	0,56	1,09	0,50	1,53	0,56	1,67	1,09
	Post	0,51	1,78	0,62	2,24	0,29	0,32	0,49	0,56
Mejora parcial		n = 154		n = 80		n = 25		n = 7	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,26	0,63	1,15	0,59	1,73	0,63	1,71	0,71
	Post	0,58	1,57	0,66	2,14	0,50	0,44	0,72	0,69
Mejora total		n = 105		n = 51		n = 20		n = 7	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,30	0,65	1,12	0,56	1,88	0,57	1,71	0,71
	Post	0,59	1,86	0,66	2,63	0,51	0,42	0,72	0,69
Recuperación parcial		n = 144		n = 74		n = 24		n = 7	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,25	0,62	1,11	0,55	1,75	0,64	1,71	0,71
	Post	0,52	1,59	0,60	2,19	0,46	0,41	0,72	0,69
Recuperación total		n = 92		n = 44		n = 18		n = 7	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,30	0,65	1,11	0,54	1,87	0,58	1,71	0,71
	Post	0,58	1,97	0,72	2,83	0,41	0,31	0,72	0,69

M: Media; DT: Desviación Típica.

Tabla 97. Mediana (Me) y Rango Intercuartil (RIQ) de las medidas de malestar general en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

MALESTAR GENERAL	n		n		n		n		
	Muestra total	Ansiiedad	Estado de ánimo	TCA					
Duración del Tratamiento	292	153	39	18					
Juicio del terapeuta	161	102	13	6					
Mejora parcial	210	104	31	11					
Mejora total	138	66	24	10					
Recuperación parcial	190	93	30	10					
Recuperación total	120	57	22	9					
DASS-21 Depresión									
Duración del tratamiento		n = 222		n = 118		n = 30		n = 11	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		15,50	20,00	17,00	15,50	27,00	24,00	20,00	26,00
	Post	2,00	6,00	5,00	5,50	1,00	3,50	2,00	6,00

Tabla 97. (Continuación).

Juicio del terapeuta		n = 129		n = 78		n = 11		n = 5	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		16,00	17,00	18,00	18,00	21,00	28,50	34,00	31,00
Post		2,00	4,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	4,00
Mejora parcial		n = 174		n = 86		n = 26		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		16,00	20,50	16,00	24,00	27,00	24,00	29,00	20,00
Post		2,00	6,00	4,00	4,00	1,00	3,50	4,00	5,50
Mejora total		n = 114		n = 53		n = 201		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		20,00	24,00	18,00	24,50	20,00	16,50	29,00	20,00
Post		2,00	6,00	4,00	6,00	1,00	4,00	4,00	5,50
Recuperación parcial		n = 162		n = 77		n = 25		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		16,00	22,00	16,00	24,00	27,00	24,00	29,00	20,00
Post		2,00	6,00	4,00	4,00	1,00	3,50	4,00	5,50
Recuperación total		n = 101		n = 45		n = 18		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		21,00	21,00	20,00	22,00	29,00	16,50	28,00	22,00
Post		2,00	6,00	4,00	5,00	1,00	4,00	2,00	6,00
DASS-21 Ansiedad									
Duración del tratamiento		n = 223		n = 119		n = 30		n = 11	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		11,50	14,50	8,00	14,00	15,00	2,00	12,00	18,00
Post		2,00	3,00	4,00	8,50	25,50	6,50	4,00	6,00
Juicio del terapeuta		n = 130		n = 79		n = 11		n = 5	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		12,00	14,00	14,00	16,00	10,00	17,50	22,00	15,00
Post		2,00	2,00	4,00	4,00	2,00	3,00	4,00	5,00
Mejora parcial		n = 174		n = 86		n = 26		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		12,00	20,00	11,00	20,00	15,00	25,50	18,00	14,50
Post		2,00	2,50	4,00	4,00	2,00	6,50	5,00	7,50
Mejora total		n = 114		n = 53		n = 20		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		12,00	20,00	9,50	15,50	22,00	21,50	18,00	14,50
Post		2,00	2,00	2,00	4,00	3,00	6,50	5,00	7,50
Recuperación parcial		n = 162		n = 77		n = 25		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		12,00	20,00	11,00	20,00	15,00	25,50	18,00	14,50
Post		2,00	2,00	4,00	4,00	2,00	6,50	5,00	7,50
Recuperación total		n = 101		n = 45		n = 18		n = 8	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		14,00	20,50	11,00	17,00	22,00	21,50	16,00	14,00
Post		2,00	2,50	2,00	4,00	3,00	6,50	4,00	8,00

Tabla 97. (Continuación).

DASS-21 Estrés									
Duración del tratamiento		n = 223		n = 119		n = 30		n = 11	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		20,00	36,00	20,00	15,50	23,00	24,00	16,00	18,00
	Post	8,00	10,00	10,00	8,00	5,00	8,50	8,00	20,00
Juicio del terapeuta		n = 130		n = 79		n = 11		n = 5	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		20,00	10,50	20,00	10,50	19,00	23,75	20,78	19,00
	Post	8,00	9,00	10,00	12,00	4,00	4,50	6,00	13,00
Mejora parcial		n = 174		n = 86		n = 26		n = 8	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		20,00	14,50	20,00	16,00	23,00	24,00	23,00	18,00
	Post	8,00	7,00	10,00	10,00	5,00	8,50	8,00	24,00
Mejora total		n = 114		n = 53		n = 20		n = 8	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		20,00	14,00	20,00	14,50	31,00	19,75	23,00	18,00
	Post	8,00	6,00	9,00	12,00	6,00	8,50	8,00	17,50
Recuperación parcial		n = 162		n = 77		n = 25		n = 8	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		20,00	14,00	20,00	16,00	23,00	24,00	23,00	18,00
	Post	8,00	6,00	10,00	10,00	5,00	8,50	8,00	17,50
Recuperación total		n = 101		n = 45		n = 18		n = 8	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		21,00	13,75	20,00	13,50	31,00	19,75	22,00	20,00
	Post	8,00	7,00	10,00	10,00	6,00	8,50	8,00	20,00
DASS-21 Total									
Duración del tratamiento		n = 219		n = 116		n = 29		n = 11	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		15,33	12,08	15,33	10,50	24,00	24,08	17,33	23,33
	Post	4,67	5,50	7,00	6,58	3,00	4,00	6,00	10,67
Juicio del terapeuta		n = 127		n = 77		n = 10		n = 5	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		15,33	11,00	15,33	10,33	15,67	22,25	28,67	13,00
	Post	4,67	5,33	6,00	6,00	2,00	1,83	4,67	7,00
Mejora parcial		n = 171		n = 84		n = 25		n = 8	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		17,68	15,08	16,67	15,33	24,00	24,08	22,33	13,33
	Post	4,67	5,33	6,67	6,33	3,00	4,00	6,33	9,00
Mejora total		n = 112		n = 52		n = 19		n = 8	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		18,67	18,33	16,00	13,50	27,67	17,75	22,33	13,33
	Post	4,67	4,00	5,33	5,17	4,00	5,00	6,33	9,00
Recuperación parcial		n = 159		n = 75		n = 24		n = 8	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		16,67	14,33	16,67	15,33	24,00	24,08	22,33	13,33
	Post	4,67	5,33	6,67	6,33	3,00	4,00	6,33	9,00
Recuperación total		n = 99		n = 44		n = 17		n = 8	
		<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>	<i>Me</i>	<i>RIQ</i>
Pre		18,67	18,08	16,67	14,00	27,67	17,75	17,33	14,00
	Post	4,67	4,00	6,00	4,67	4,00	5,00	6,67	10,67

Tabla 97. (Continuación).

BSI- IGS									
Duración del tratamiento		n = 192		n = 105		n = 28		n = 10	
		Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ	Me	RIQ
Pre		1,03	1,20	1,22	1,14	1,81	1,73	1,36	1,55
	Post	0,31	0,41	0,47	0,47	0,12	0,37	0,39	1,15
Juicio del terapeuta		n = 113		n = 71		n = 11		n = 4	
Pre		1,04	1,12	1,35	1,01	1,27	1,65	1,93	2,01
	Post	0,28	0,38	0,36	0,43	0,10	0,04	0,24	0,93
Mejora parcial		n = 154		n = 80		n = 25		n = 7	
Pre		1,17	1,22	1,45	1,30	1,81	1,73	1,72	1,15
	Post	0,29	0,39	0,36	0,40	0,12	0,37	0,32	1,16
Mejora total		n = 105		n = 51		n = 20		n = 7	
Pre		1,51	1,31	1,23	1,38	1,97	1,10	1,79	1,15
	Post	0,32	0,38	0,35	0,37	0,23	0,40	0,32	1,16
Recuperación parcial		n = 144		n = 74		n = 24		n = 7	
Pre		1,04	1,21	1,45	1,30	1,81	1,73	1,79	1,15
	Post	0,28	0,38	0,36	0,40	0,12	0,37	0,32	1,16
Recuperación total		n = 92		n = 44		n = 18		n = 7	
Pre		1,61	1,16	1,45	1,19	1,97	1,10	1,79	1,15
	Post	0,33	0,37	0,36	0,36	0,23	0,40	0,32	1,16

Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil.

Aplicadas las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) en las muestras total, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y TCA (Tabla 4, Anexo 4) se ha comprobado que entre las medidas de malestar general han seguido la distribución normal en la muestra total y de trastornos de ansiedad el DASS-21 Estrés (Mejora Total y Recuperación Parcial y Total y Juicio del terapeuta solo en la muestra ansiedad) y el DASS-21 Depresión, Ansiedad y Estrés en la muestra de Trastornos de ansiedad (Duración del tratamiento). Para el resto de variables aplicaremos la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

La Tabla 98 muestra los resultados de la t de Student y test de Wilcoxon para las medidas de malestar general en las muestras total, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA.

Tabla 98. *t* de Student y test de Wilcoxon (valor *z*) de las medidas de malestar general en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

MALESTAR GENERAL	n Muestra total	n Ansiedad	n Estado de ánimo	n TCA
Duración del Tratamiento	292	153	39	18
Juicio del terapeuta	161	102	13	6
Mejora parcial	210	104	31	11
Mejora total	138	66	24	10
Recuperación parcial	190	93	30	10
Recuperación total	120	57	22	9

DASS-21 Depresión								
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Duración del tratamiento	222	-11,280	118	-7,702	29	10,584	11	-2,448
<i>p</i>		,000		,000		,000		,014
Juicio del terapeuta	129	-8,906	78	-6,709	11	-2,937	5	-1,826
<i>p</i>		,000		,000		,003		,068
Mejora parcial	174	-10,386	86	-7,054	26	-4,461	8	-2,313
<i>p</i>		,000		,000		,000		,021
Mejora total	114	-8,633	53	-5,704	20	-3,924	8	-2,313
<i>p</i>		,000		,000		,000		,021
Recuperación parcial	162	-10,239	77	-6,798	25	-4,377	8	-2,313
<i>p</i>		,000		,000		,000		,021
Recuperación total	101	-8,122	45	-5,265	18	-3,728	8	-2,313
<i>p</i>		,000		,000		,000		,021

DASS-21 ansiedad								
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Duración del tratamiento	223	-10,779	119	-7,740	29	5,732	11	-2,302
<i>p</i>		,000		,000		,000		,021
Juicio del terapeuta	130	-9,139	79	-7,149	11	-2,937	5	-2,041
<i>p</i>		,000		,000		,003		,041
Mejora parcial	174	-10,393	86	-7,191	26	-4,233	8	-2,108
<i>p</i>		,000		,000		,000		,035
Mejora total	114	-8,588	53	-5,812	20	-3,886	8	-2,108
<i>p</i>		,000		,000		,000		,035
Recuperación parcial	162	-10,179	77	-7,010	25	-4,202	8	-2,108
<i>p</i>		,000		,000		,000		,035
Recuperación total	101	-8,174	45	-5,499	18	-3,727	8	-2,108
<i>p</i>		,000		,000		,000		,035

DASS-21 Estrés								
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Duración del tratamiento	223	-11,233	119	8,136	29	6,205	11	-1,738
<i>p</i>		,000		,000		,000		,082
Juicio del terapeuta	130	-9,192	78	10,912	11	-2,941	5	-2,023
<i>p</i>		,000		,000		,003		,043
Mejora parcial	174	-10,378	86	-7,190	26	-4,096	8	-2,033
<i>p</i>		,000		,000		,000		,042
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>

Tabla 98. (Continuación).

Mejora total	113	14,003	52	9,555	20	-3,727	8	-2,033
<i>p</i>		,000		,000		,000		,042
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Recuperación parcial	162	-10,212	77	-7,035	25	-4,043	8	-2,033
<i>p</i>		,000		,000		,000		,042
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Recuperación total	100	13,149	44	8,828	18	-3,587	8	-2,033
<i>p</i>		,000		,000		,000		,042
DASS-21 Total								
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Duración del tratamiento	219	-11,963	116	-8,460	29	-4,661	11	-2,135
<i>p</i>		,000		,000		,000		,033
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Juicio del terapeuta	126	16,311	76	12,516	10	-2,805	5	-2,023
<i>p</i>		,000		,000		,005		,043
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Mejora parcial	170	18,518	83	12,254	25	-4,373	8	-2,240
<i>p</i>		,000		,000		,000		,025
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Mejora total	111	16,247	51	11,021	19	-3,824	8	-2,240
<i>p</i>		,000		,000		,000		,025
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Recuperación parcial	158	18,793	74	13,392	24	-4,286	7	-2,240
<i>p</i>		,000		,000		,000		,025
	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Recuperación total	98	15,472	43	10,584	17	-3,622	8	-2,240
<i>p</i>		,000		,000		,000		,025
BSI-IGS								
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Duración del tratamiento	192	-11,028	105	-7,997	28	-4,623	10	-2,073
<i>p</i>		,000		,000		,000		,038
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Juicio del terapeuta	113	-8,800	71	-6,779	11	-2,934	4	-1,826
<i>p</i>		,000		,000		,003		,068
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Mejora parcial	154	-10,210	80	-7,144	25	-4,372	7	-2,197
<i>p</i>		,000		,000		,000		,028
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Mejora total	105	-8,449	51	-5,727	20	-3,920	7	-2,197
<i>p</i>		,000		,000		,000		,028
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Recuperación parcial	144	-10,047	74	-7,025	24	-4,286	7	-2,197
<i>p</i>		,000		,000		,000		,028
	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>n</i>	<i>z</i>
Recuperación total	92	-7,944	44	-5,252	18	-3,724	7	2,197
<i>p</i>		,000		,000		,000		,028

Z: Valor test de Wilcoxon; t: t de Student.

De las anteriores comparaciones de *M* y *Me* se deriva que existen diferencias significativas pre-post en las medidas de malestar general para todas las poblaciones y definiciones de terminación con la excepción de la muestra de TCA en las medidas DASS-21 Depresión y BSI-IGS (Juicio del terapeuta) y DASS-21 Estrés (Duración del tratamiento). Los TE se presentan en la Tabla 99.

Tabla 99. TE de las diferencias pre-post de las medidas de malestar general en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

MALESTAR GENERAL	n Muestra total		n Ansiedad		n Estado de ánimo		n TCA	
Duración del Tratamiento	292		153		39		18	
Juicio del terapeuta	161		102		13		6	
Mejora parcial	210		104		31		11	
Mejora total	138		66		24		10	
Recuperación parcial	190		93		30		10	
Recuperación total	120		57		22		9	
	n	g	n	g	n	g	n	g
DASS-21 Depresión								
Duración del tratamiento	222	1,10	118	0,91	30	2,18	11	1,25
IC	0,99-1,22		0,75 – 1,06		1,70-2,66		0,64 - 1,85	
Juicio del terapeuta	129	1,32	78	1,29	11	2,05	5	1,13
IC	1,15 – 1,48		1,08 – 1,51		1,24 – 2,86		0,16 – 2,09	
Mejora parcial	174	1,21	86	0,97	26	2,57	8	1,73
IC	1,07 – 1,35		0,79 – 1,16		1,99 – 3,16		0,85 – 2,62	
Mejora total	114	1,19	53	0,88	20	3,23	8	1,83
IC	1,03 – 1,35		0,66 – 1,09		2,45 – 4,00		0,98 – 2,68	
Recuperación parcial	162	1,33	77	1,23	25	2,64	8	1,73
IC	1,18 – 1,48		1,02 – 1,44		2,02 – 3,25		0,85 – 2,62	
Recuperación total	101	1,36	45	1,16	18	3,75	8	1,73
IC	1,17 – 1,55		0,89 – 1,43		2,76 – 4,73		0,85 – 2,62	
DASS-21 Ansiedad								
Duración del tratamiento	223	0,97	119	0,92	30	1,29	11	0,99
IC	0,86-1,09		0,77 – 1,07		0,94-1,65		0,44 - 1,54	
Juicio del terapeuta	130	1,19	79	1,21	11	1,30	5	1,21
IC	1,03 – 1,35		1,00 – 1,41		0,69 – 1,92		0,21 – 2,21	
Mejora parcial	174	1,12	86	1,07	26	1,48	8	1,20
IC	0,99 – 1,26		0,88 – 1,25		1,07 – 1,88		0,48 – 1,92	
Mejora total	114	1,24	53	1,26	20	1,89	8	1,31
IC	1,06 – 1,41		1,00 – 1,52		1,35 – 2,44		0,56 - 2,06	
Recuperación parcial	162	1,26	77	1,27	25	1,45	8	1,31
IC	1,11 – 1,40		1,06 – 1,49		1,04 – 1,86		0,56 – 2,06	
Recuperación total	101	1,34	45	1,41	18	1,78	8	1,31
IC	1,15 – 1,53		1,11 – 1,71		1,23 – 2,34		0,56 – 2,06	
DASS-21 Estrés								
Duración del tratamiento	223	1,15	119	1,05	30	1,49	11	0,51
IC	1,03-1,27		0,89 – 1,01		1,11-1,87		0,04 - 0,98	
Juicio del terapeuta	130	1,39	79	1,29	11	2,08	5	0,91
IC	1,22 – 1,56		1,08 – 1,51		1,26 – 2,90		0,03 – 1,80	
Mejora parcial	174	1,26	86	1,11	26	1,66	8	0,74
IC	1,11 – 1,40		0,92 – 1,30		1,23 – 2,10		0,13 – 1,35	
Mejora total	114	1,38	53	1,39	20	1,98	8	0,74
IC	1,20 – 1,56		1,12 – 1,66		1,42 – 2,55		0,13 - 1,35	
Recuperación parcial	162	1,35	77	1,26	25	1,70	8	0,74
IC	1,20 – 1,50		1,05 – 1,47		1,25 – 2,15		0,13 – 1,34	
Recuperación total	101	1,40	45	1,35	18	2,10	8	0,74
IC	1,20 – 1,59		1,06 – 1,64		1,48 – 2,72		0,13 – 1,34	
DASS-21 Total								
Duración del tratamiento	219	1,28	116	1,14	29	2,01	11	0,99
IC	1,15-1,41		0,97 – 1,30		1,54 – 2,47		0,44 - 1,53	
Juicio del terapeuta	127	1,58	77	1,61	10	2,45	5	1,12
IC	1,39 – 1,76		1,37 – 1,86		1,17 – 2,87		0,16 – 2,08	
Mejora parcial	171	1,43	84	1,26	25	2,28	8	1,37
IC	1,28 – 1,58		1,05 – 1,46		1,73 – 2,83		0,60 – 2,14	

Tabla 99. (Continuación).

Mejora total	112	1,51	52	1,52	19	2,87	8	1,37
IC		1,32 – 1,71		1,24 – 1,81		2,11 – 3,63		0,60 – 2,14
Recuperación parcial	159	1,59	75	1,57	24	2,35	7	1,37
IC		1,42 – 1,75		1,33 – 1,81		1,78 – 2,93		0,60 – 2,14
Recuperación total	99	1,60	44	1,62	17	3,16	8	1,37
IC		1,39 – 1,81		1,30 – 1,94		2,28 – 4,04		0,60 – 2,14
BSI-IGS								
Duración del tratamiento	192	0,54	105	0,33	28	2,01	10	0,80
IC		0,44-0,65		0,19 – 0,47		1,57-2,53		0,25 - 1,34
Juicio del terapeuta	113	0,45	71	0,28	11	2,45	4	--
IC		0,31 - 0,59		0,11 – 0,45		1,52 – 3,38		--
Mejora parcial	154	0,55	80	0,30	25	2,19	7	1,24
IC		0,43 – 0,67		0,14 – 0,46		1,66 – 2,72		0,44 – 2,03
Mejora total	105	0,50	51	0,23	20	2,61	7	1,24
IC		0,36 – 0,65		0,04 – 0,43		1,92 – 3,29		0,44 – 2,03
Recuperación parcial	144	0,59	74	0,31	24	2,27	7	1,24
IC		0,46 – 0,71		0,14 – 0,47		1,71 – 2,83		0,44 – 2,03
Recuperación total	92	0,48	44	0,18	18	2,93	7	1,24
IC		0,32 – 0,63		-0,03 – 0,40		2,13 – 3,73		0,44 – 2,04

g: *g* de Hedges; *IC*: Intervalo de Confianza. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

En relación a las medidas de malestar general (4 escales del DASS-21 y BSI-IGS) se obtuvieron TE entre grandes y muy grandes en todas las medidas para todas las poblaciones y definiciones de terminación, con dos excepciones, el BSI-IGS y la escala de Estrés del DASS-21 en ciertas muestras. En el caso del BSI-IGS se obtuvieron TE alrededor de medianos (0,45-0,59) en la muestra total y pequeños (0,18-0,33) en los trastornos de ansiedad. En el DASS-21 Estrés los TE para los clientes con TCA fueron medianos (0,51-0,74) en todas las definiciones salvo en “juicio del terapeuta”, en la que el TE fue grande.

Los TE que se derivaron de la muestra de clientes con TCA provinieron de muestras pequeñas, de lo que se deriva que los resultados obtenidos puedan ser poco fiables. Lo mismo ocurrió con los TE en la población de trastornos del estado de ánimo en las medidas DASS-21 (Depresión, Ansiedad y Estrés) y BSI-IGS para “Juicio del terapeuta” y “Recuperación total” y las mismas medidas más DASS-21 Total para “Mejora Total”.

En la Tabla 100 se muestran las *M* y *DT* y en la 101 la *Me* y *RIQ* para las medidas interferencia y calidad de vida en las muestras total, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA.

Tabla 100. Media y DT de las medidas de interferencia y calidad de vida en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	N	n	n	N				
DE VIDA	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA				
Duración del Tratamiento	292	153	39	18				
Juicio del terapeuta	161	102	13	6				
Mejora parcial	210	104	31	11				
Mejora total	138	66	24	10				
Recuperación parcial	190	93	30	10				
Recuperación total	120	57	22	9				
Interferencia Total								
Duración del tratamiento	n = 96		n = 58		n = 13		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	3,36	1,59	3,07	1,61	4,28	1,21	--	--
Post	1,45	1,69	1,18	1,39	1,83	2,03	--	--
Juicio del terapeuta	n = 67		n = 45		n = 6		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	3,28	1,45	3,25	1,55	3,45	0,42	--	--
Post	0,93	0,90	0,87	0,90	1,04	0,93	--	--
Mejora parcial	n = 83		n = 48		n = 13		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	3,38	1,62	3,08	1,64	4,28	1,21	--	--
Post	1,37	1,74	1,06	1,42	1,83	2,03	--	--
Mejora total	n = 53		n = 30		n = 10		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	3,42	1,70	3,03	1,73	4,42	1,31	--	--
Post	1,24	1,83	0,90	1,60	1,74	2,10	--	--
Recuperación parcial	n = 78		n = 44		n = 13		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	3,37	1,62	3,09	1,68	4,28	1,21	--	--
Post	1,28	1,63	1,00	1,42	1,83	2,03	--	--
Recuperación total	n = 47		n = 25		n = 9		n = 8	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	3,47	1,61	3,14	1,63	4,26	1,28	3,58	1,38
Post	1,06	1,39	0,72	0,94	1,16	1,06	0,76	0,04
Interferencia Global								
Duración del tratamiento	n = 95		n = 57		n = 13		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	5,22	1,65	5,09	1,65	6,23	1,36	--	--
Post	2,01	1,86	1,91	1,60	1,77	1,92	--	--
Juicio del terapeuta	n = 68		n = 45		n = 7		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	5,15	1,71	5,16	1,71	6,43	1,51	--	--
Post	1,58	1,35	1,57	1,30	1,43	1,62	--	--
Mejora parcial	n = 82		n = 47		n = 13		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	5,26	1,69	5,09	1,68	6,23	1,36	--	--
Post	1,80	1,83	1,59	1,43	1,77	1,92	--	--
Mejora total	n = 52		n = 29		n = 10		n = 2	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	5,28	1,81	5,03	1,80	6,50	1,35	--	--
Post	1,50	1,71	1,24	1,27	1,50	1,58	--	--

Tabla 100. (Continuación).

Recuperación parcial		n = 78		n = 43		n = 13		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,21	1,70	5,07	1,74	6,23	1,36	--	--
	Post	1,67	1,66	1,48	1,32	1,77	1,92		
Recuperación total		n = 48		n = 25		n = 10		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,32	1,84	5,08	1,87	6,50	1,35	--	--
	Post	1,56	1,75	1,32	1,31	1,50	1,58		
MQLI									
Duración del tratamiento		n = 55		n = 27		n = 12		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,81	1,40	5,77	1,41	5,25	1,19	--	--
	Post	7,53	1,19	7,35	0,95	7,53	1,66		
Juicio del terapeuta		n = 40		n = 22		n = 5		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,83	1,40	5,54	1,30	5,29	1,37	--	--
	Post	7,77	0,99	7,48	0,84	8,32	0,77		
Mejora parcial		n = 47		n = 22		n = 11		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,88	1,44	5,82	1,48	5,38	1,17	--	--
	Post	7,75	1,10	7,58	0,855	7,70	1,62		
Mejora total		n = 30		n = 14		n = 8		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,82	1,59	5,75	1,70	5,37	1,33	--	--
	Post	7,82	1,07	7,73	0,93	7,76	1,44		
Recuperación parcial		n = 47		n = 22		n = 11		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,88	1,44	5,82	1,48	5,38	1,17	--	--
	Post	7,75	1,10	7,58	0,85	7,70	1,62		
Recuperación total		n = 29		n = 13		n = 8		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,75	1,57	5,58	1,65	5,37	1,33	--	--
	Post	7,80	1,08	7,68	0,95	7,76	1,44		

M: Media; DT: Desviación Típica. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Tabla 101. Mediana (Me) y Rango Intercuartil (RIQ) de las medidas de interferencia y calidad de vida en la muestra total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	n	n	n	n					
	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA					
Duración del Tratamiento	292	153	39	18					
Juicio del terapeuta	161	102	13	6					
Mejora parcial	210	104	31	11					
Mejora total	138	66	24	10					
Recuperación parcial	190	93	30	10					
Recuperación total	120	57	22	9					
Interferencia Total									
Duración del tratamiento		n = 96		n = 58		n = 13		n = 2	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		3,05	2,26	2,90	5,59	3,79	2,03	--	--
	Post	0,83	1,60	1,00	1,72	0,94	2,10		

Tabla 101. (Continuación).

Juicio del terapeuta		<i>n</i> = 67		<i>n</i> = 45		<i>n</i> = 6		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		3,11	1,94	3,10	2,46	3,57	0,85	--	--
Post		0,77	1,41	0,77	1,41	1,40	2,03	--	--
Mejora parcial		<i>n</i> = 83		<i>n</i> = 48		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		3,11	2,43	3,00	3,20	3,79	2,03	--	--
Post		0,61	1,25	0,55	1,34	0,94	2,10	--	--
Mejora total		<i>n</i> = 53		<i>n</i> = 30		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		3,33	2,56	3,11	3,17	3,94	2,28	--	--
Post		0,55	1,00	0,50	0,91	0,94	2,34	--	--
Recuperación parcial		<i>n</i> = 78		<i>n</i> = 44		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		3,10	2,30	3,00	3,20	3,79	2,03	--	--
Post		0,66	1,22	0,55	1,34	0,94	2,10	--	--
Recuperación total		<i>n</i> = 47		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 9		<i>n</i> = 8	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		3,54	2,17	3,11	2,75	3,94	2,28	--	--
Post		0,66	1,06	0,55	0,94	0,94	2,34	--	--
Interferencia Global									
Duración del tratamiento		<i>n</i> = 95		<i>n</i> = 57		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		5,00	2,70	5,00	3,00	6,00	1,00	--	--
Post		1,50	2,25	1,50	2,00	1,00	2,75	--	--
Juicio del terapeuta		<i>n</i> = 68		<i>n</i> = 45		<i>n</i> = 7		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		5,00	2,30	5,00	2,50	5,50	2,50	--	--
Post		1,00	2,50	1,00	1,50	1,00	2,75	--	--
Mejora parcial		<i>n</i> = 82		<i>n</i> = 47		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		5,00	1,00	5,00	3,00	6,00	1,00	--	--
Post		2,25	3,00	1,00	1,00	1,00	2,75	--	--
Mejora total		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 29		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		5,00	3,00	5,00	3,25	6,00	1,50	--	--
Post		1,00	2,00	1,00	1,25	1,00	3,25	--	--
Recuperación parcial		<i>n</i> = 78		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		5,00	2,00	5,00	3,00	6,00	1,00	--	--
Post		1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	2,75	--	--
Recuperación total		<i>n</i> = 48		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		5,50	2,25	5,00	3,50	6,00	1,50	--	--
Post		1,00	2,25	1,00	1,00	1,00	3,25	--	--
MQLI									
Duración del tratamiento		<i>n</i> = 55		<i>n</i> = 27		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 2	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		5,85	2,28	5,85	2,50	5,60	1,50	--	--
Post		7,60	1,00	7,25	1,28	7,85	1,63	--	--

Tabla 101. (Continuación).

Juicio del terapeuta	n = 40		n = 22		n = 5		n = 2	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	5,70	2,00	5,70	2,15	5,65	2,00	--	--
Post	7,60	0,90	7,40	1,10	7,85	1,28	--	--
Mejora parcial	n = 47		n = 22		n = 11		n = 2	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	6,10	2,45	6,30	2,90	5,60	1,50	--	--
Post	7,65	1,20	7,50	0,90	7,85	1,63	--	--
Mejora total	n = 30		n = 14		n = 8		n = 2	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	5,80	2,80	5,85	3,38	5,25	1,68	--	--
Post	7,77	1,40	7,70	1,20	7,85	1,45	--	--
Recuperación parcial	n = 47		n = 22		n = 11		n = 2	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	6,00	2,40	6,30	2,90	5,60	1,50	--	--
Post	7,70	1,20	7,50	0,90	7,85	1,63	--	--
Recuperación total	n = 29		n = 13		n = 8		n = 2	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	5,75	2,58	5,70	3,01	5,25	1,68	--	--
Post	7,74	1,40	7,60	1,10	7,85	1,45	--	--

Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Aplicadas las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) se ha comprobado que en las muestras total, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y TCA (Tabla 5, Anexo 4) las medidas de interferencia y calidad de vida han seguido la distribución normal (y por tanto aplicaremos la *t de Student*). También se han distribuido normalmente en la muestra total la variable Interferencia total en todas las definiciones de terminación y el MQLI en todas las definiciones excepto Recuperación total. La Interferencia total también ha seguido una distribución normal en la muestra de trastornos de ansiedad en todas las definiciones de terminación excepto Recuperación total. Para el resto de variables aplicaremos la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Los resultados aparecen en la Tabla 102.

Tabla 102. *t* de Student y test de Wilcoxon (valor *z*) de las medidas de interferencia y calidad de vida en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	n		n		n		n	
	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA				
Duración del Tratamiento	292	153	39	18				
Juicio del terapeuta	161	102	13	6				
Mejora parcial	210	104	31	11				
Mejora total	138	66	24	10				
Recuperación parcial	190	93	30	10				
Recuperación total	120	57	22	9				
Interferencia Total								
	gl	t	gl	t	n	z	n	z
Duración del tratamiento	95	11,710	57	8,919	14	-3,041	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,002		
	gl	t	gl	t	n	z	n	z
Juicio del terapeuta	66	14,689	44	11,805	6	-2,201	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,028		

Tabla 102. (Continuación).

	gl	t	gl	t	n	z	n	z
Mejora parcial	82	11,170	47	8,485	13	-3,041	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,002		
Mejora total	52	9,728	29	7,119	10	-2,701	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,007		
Recuperación parcial	77	11,474	43	8,259	13	-3,041	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,002		
Recuperación total	46	11,301	25	-4,252	9	-2,666	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,008		
Interferencia Global								
	n	z	n	z	n	z	n	z
Duración del tratamiento	95	-8,036	57	-6,290	13	-3,095	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,002		
Juicio del terapeuta	68	-7,082	45	-5,803	7	-2,401	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,016		
Mejora parcial	82	-7,507	47	-5,805	13	-3,095	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,002		
Mejora total	52	-6,061	29	-4,649	10	-2,842	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,004		
Recuperación parcial	78	-7,407	43	-5,609	13	-3,095	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,002		
Recuperación total	48	-5,807	25	-4,312	10	-2,842	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,004		
MQLI								
	gl	t	n	z	n	z	n	z
Duración del tratamiento	54	-7,968	27	-3,760	12	-2,589	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,010		
Juicio del terapeuta	39	-8,310	22	-3,825	5	-2,023	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,043		
Mejora parcial	46	-7,919	22	-3,547	11	-2,490	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,013		
Mejora total	29	-6,152	14	-2,866	8	-2,100	2	--
<i>p</i>		,000		,004		,036		
Recuperación parcial	46	-7,919	22	-3,547	11	-2,490	2	--
<i>p</i>		,000		,000		,013		
Recuperación total	29	-4,168	13	-2,746	8	-2,100	2	--
<i>p</i>		,000		,006		,036		

Z: Valor test de Wilcoxon; t: t de Student. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

De las anteriores comparaciones de *M* y *Me* se deriva que existen diferencias significativas entre el pre y el post en las medidas de interferencia y calidad de vida para todas las poblaciones y definiciones de terminación. No puede afirmarse nada de la muestra de TCA debido a lo exiguo del tamaño de esta en las medidas consideradas. En la Tabla 103 se presentan los resultados de los TE para las medidas de interferencia

y calidad de vida en las muestras total, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. No se calcularon para los TCA debido al pequeño tamaño de la muestra.

Tabla 103. TE de las diferencias pre-post de las medidas de interferencia y calidad de vida en la muestra total y otras muestras para los que terminan el tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	N		n		n		n		
	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA		
Duración del Tratamiento	292		153		39		18		
Juicio del terapeuta	161		102		13		6		
Mejora parcial	210		104		31		11		
Mejora total	138		66		24		10		
Recuperación parcial	190		93		30		10		
Recuperación total	120		57		22		9		
		<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>
Interferencia Total									
Duración del tratamiento	96	1,16	58	1,23	14	1,25	2	--	
IC		0,97-1,34		0,99 - 1,48		0,72-1,78			----
Juicio del terapeuta	67	1,84	45	1,73	6	0,52	2	--	
IC		1,56 - 2,12		1,40 - 2,07		-0,16 - 1,20			----
Mejora parcial	83	1,18	48	1,29	13	1,27	2	--	
IC		0,98 - 1,38		1,02 - 1,57		0,71 - 1,82			----
Mejora total	53	1,22	30	1,24	10	1,31	2	--	
IC		0,96 - 1,47		0,90 - 1,59		0,65 - 1,96			----
Recuperación parcial	78	1,27	44	1,32	13	1,27	2	--	
IC		1,05 - 1,48		1,02 - 1,61		0,71 - 1,82			----
Recuperación total	47	1,57	25	1,66	9	2,35	2	--	
IC		1,26 - 1,88		1,22 - 2,10		1,33 - 3,37			----
Interferencia Global									
Duración del tratamiento	95	1,81	57	1,93	13	2,48	2	--	
IC		1,58 - 2,04		1,61-2,24		1,63-3,32			----
Juicio del terapeuta	68	2,29	45	2,31	7	2,77	2	--	
IC		1,96 - 2,61		1,91 - 2,72		1,40 - 4,14			----
Mejora parcial	82	1,95	47	2,20	13	2,48	2	--	
IC		1,69 - 2,21		1,82 - 2,58		1,63 - 3,32			----
Mejora total	52	2,11	29	2,34	10	3,09	2	--	
IC		1,76 - 2,47		1,82 - 2,85		1,91 - 4,28			----
Recuperación parcial	78	2,09	43	2,27	13	2,48	2	--	
IC		1,81 - 2,37		1,86 - 2,68		1,63 - 3,32			----
Recuperación total	48	2,06	25	2,22	10	3,09	2	--	
IC		1,70 - 2,42		1,69 - 2,76		1,91 - 4,28			----
MQLI									
Duración del tratamiento	55	-1,31	27	-1,27	12	-1,47	2	--	
IC		-1,57 - -1,05		-1,64 - -0,90		-2,09 - -0,84			----
Juicio del terapeuta	40	-1,55	22	-1,71	5	-2,23	2	---	
IC		-1,88 - -1,21		-2,19 - -1,22		-3,71 - -0,74			----
Mejora parcial	47	-1,43	22	-1,39	11	-1,53	2	--	
IC		-1,72 - -1,13		-1,83 - -0,96		-2,20 - -0,86			----
Mejora total	30	-1,43	14	-1,33	8	-1,54	2	--	
IC		-1,80 - -1,06		-1,87 - -0,79		-2,36 - -0,72			----
Recuperación parcial	47	-1,42	22	-1,39	11	-1,53	2	--	
IC		-1,71 - -1,13		-1,83 - -0,96		-2,20 - -0,86			----
Recuperación total	29	-1,47	13	-1,44	8	-1,54	2	--	
IC		-1,85 - -1,09		-2,03 - -0,85		-2,36 - -0,71			----

g: *g* de Hedges; IC: Intervalo de Confianza. ---: valores no calculados por muestra menor a 5.

Los resultados en las medidas de interferencia mostraron TE entre grandes y muy grandes (1,16-3,09) en todas las medidas para todas las poblaciones y definiciones de terminación, salvo interferencia total en la definición de “Juicio del terapeuta” para clientes con trastornos del estado de ánimo, aquí el tamaño fue solo moderado. Para la medida de calidad de vida los TE fueron muy grandes en todos los casos (-1,27 - -2,23).

En este bloque de medidas todas las poblaciones de las que se derivan los TE en la muestra de trastornos del estado de ánimo han sido pequeñas, de nuevo nos cuestionamos su fiabilidad. Ocurre lo mismo con los TE para el MQLI en la muestra de clientes con ansiedad en las definiciones de Mejora y Recuperación total. Como se ha dicho, no se ha podido calcular ningún TE para TCA debido al pequeño tamaño de la muestra.

A continuación expondremos los resultados de las distintas sub-poblaciones englobadas en los trastornos de ansiedad: AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC. La Tabla 104 presenta las *M* y *DT* y la Tabla 105 las *Me* y *RIQ* de las medidas específicas en trastornos de ansiedad.

Tabla 104. Media y *DT* de las medidas específicas en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan el tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	n AGO/TP		n Fob. Espec.		n Fobia Social		n TAG		n TOC	
Duración del Tratamiento	33		31		36		31		12	
Juicio del terapeuta	15		25		23		26		6	
Mejora parcial	23		20		25		21		7	
Mejora total	9		18		19		10		5	
Recuperación parcial	18		18		23		21		6	
Recuperación total	8		15		16		9		4	
Duración del tratamiento	n = 28		n = 28		n = 33		n = 29		n = 10	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	38,38	17,34	53,84	25,54	57,85	18,17	57,10	19,39	42,62	11,18
Post	22,35	15,91	28,75	25,98	39,65	20,87	37,11	21,08	25,16	10,60
Juicio del terapeuta	n = 12		n = 20		n = 22		n = 22		n = 6	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	38,98	12,05	52,39	24,05	51,70	14,78	59,86	15,49	43,09	12,84
Post	17,77	11,78	24,02	22,82	31,38	15,76	40,98	20,04	23,25	12,78
Mejora parcial	n = 17		n = 20		n = 24		n = 17		n = 6	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	45,52	15,37	50,64	24,04	54,75	17,26	56,47	18,98	42,93	12,63
Post	22,20	16,31	20,58	18,52	33,82	18,80	31,03	14,30	22,04	10,78
Mejora total	n = 7		n = 18		n = 19		n = 7		n = 5	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	47,55	6,88	52,25	24,81	52,42	18,27	63,53	16,08	40,21	12,00
Post	15,50	10,67	20,13	19,50	29,28	17,91	31,83	13,05	19,40	9,64
Recuperación parcial	n = 17		n = 18		n = 22		n = 19		n = 5	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	37,71	14,87	46,13	20,73	52,02	15,09	55,28	19,07	44,64	13,33
Post	14,00	10,86	16,18	13,31	30,24	15,00	28,51	15,63	20,10	10,82

Tabla 104. (Continuación).

Recuperación total		n = 7		n = 15		n = 16		n = 19		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		44,43	11,37	46,59	22,17	48,81	15,71	55,28	19,07	--	--
Post		12,83	12,00	14,51	14,00	25,66	14,66	28,51	15,63		

M: Media; DT: Desviación Típica. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Tabla 105. Mediana (Me) y Rango Intercuartil (RIQ) de las medidas específicas en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan el tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	n AGO/TP		n Fob. Espec.		n Fobia Social		n TAG		n TOC	
Duración del Tratamiento	33		31		36		31		12	
Juicio del terapeuta	15		25		23		26		6	
Mejora parcial	23		20		25		21		7	
Mejora total	9		18		19		10		5	
Recuperación parcial	18		18		23		21		6	
Recuperación total	8		15		16		9		4	
Duración del tratamiento	n = 28		n = 28		n = 33		n = 29		n = 10	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	42,00	23,31	52,44	34,42	55,71	21,75	61,90	28,37	38,19	22,87
Post	20,83	22,25	21,41	42,72	41,24	26,19	38,92	28,89	24,38	16,70
Juicio del terapeuta	n = 12		n = 20		n = 22		n = 22		n = 6	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	42,90	13,88	55,77	32,26	51,53	17,12	62,06	23,81	38,15	25,96
Post	20,82	21,39	16,93	26,43	32,69	26,46	39,80	27,24	22,17	23,03
Mejora parcial	n = 17		n = 20		n = 24		n = 17		n = 6	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	45,64	14,29	51,35	34,60	54,90	18,88	57,77	26,03	41,90	28,04
Post	20,82	22,34	14,64	20,54	35,41	25,15	29,72	22,54	22,17	21,21
Mejora total	n = 7		n = 18		n = 19		n = 7		n = 5	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	45,64	9,93	55,77	13,37	50,64	20,03	62,06	27,25	34,42	19,02
Post	13,00	14,98	32,94	20,52	28,79	28,43	33,80	20,86	17,82	18,67
Recuperación parcial	n = 17		n = 18		n = 22		n = 19		n = 5	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	42,90	25,12	49,04	33,00	54,53	18,52	58,26	24,69	49,23	29,96
Post	12,69	17,12	13,37	18,06	30,58	26,46	24,81	23,93	17,82	20,43
Recuperación total	n = 7		n = 15		n = 16		n = 19		n = 4	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	43,75	14,29	50,00	39,38	50,22	21,77	59,25	23,79	--	--
Post	12,69	18,15	10,88	16,57	24,08	29,15	25,32	27,79		

Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Aplicadas las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) a todas las medidas en las muestras con diferentes trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) (Véanse Tablas 6, 7 y 8, Anexo 4) se comprobó que ninguna variable se distribuía normalmente, por lo

tanto, aplicamos la prueba no paramétrica de Wilcoxon en todos los casos (medidas específicas, de malestar general y de interferencia y calidad de vida) (véanse Tablas 106, 110 y 114).

Tabla 106. Test de Wilcoxon (valor z) de las medidas específicas en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	n AGO/TP	n Fob. Espec.	n Fobia Social	n TAG	n TOC
Duración del Tratamiento	33	31	36	31	12
Juicio del terapeuta	15	25	23	26	6
Mejora parcial	23	20	25	21	7
Mejora total	9	18	19	10	5
Recuperación parcial	18	18	23	21	6
Recuperación total	8	15	16	9	4

	n	z	n	z	n	z	n	z	n	z
Duración del tratamiento	28	-3,894	28	-4,327	33	-4,798	31	-3,795	10	-2,803
p		,000		,000		,000		,000		,005
Juicio del terapeuta	12	-3,059	20	-3,920	22	-4,107	22	-3,198	6	-2,201
p		,002		,000		,000		,001		,028
Mejora parcial	17	-3,621	20	-3,920	24	-4,286	17	-3,432	6	-2,201
p		,000		,000		,000		,001		,028
Mejora total	7	-2,366	18	-3,724	19	-3,823	7	-2,366	5	-2,023
p		,018		,000		,000		,018		,043
Recuperación parcial	17	3,622	18	-3,724	22	-4,107	19	-3,662	5	-2,023
p		,000		,000		,000		,000		,043
Recuperación total	7	-2,366	15	-3,408	16	-4,107	8	-3,662	4	--
p		,018		,001		,000		,000		

Z: Valor test de Wilcoxon. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

De las anteriores comparaciones de *Me* se deriva que existen diferencias significativas pre-post en las medidas específicas para todas las muestras de los distintos trastornos de ansiedad y definiciones de terminación.

Los resultados relativos a los TE de los clientes que **terminan el tratamiento** para los distintos **trastornos de ansiedad**, se detallan en la Tabla 107.

Tabla 107. TE de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	n AGO/TP	n Fob espec	n Fobia Social	n TAG	n TOC
Duración del Tratamiento	33	31	36	31	12
Juicio del terapeuta	15	25	23	26	6
Mejora parcial	23	20	25	21	7
Mejora total	9	18	19	10	5
Recuperación parcial	18	18	23	21	6
Recuperación total	8	15	16	9	4

	n	g	n	g	n	g	n	g	n	g
Duración del tratamiento	28	0,93	28	0,95	33	0,89	31	0,96	11	1,46
IC		0,61 - 1,26		0,62 - 1,27		0,60 - 1,19		0,64 - 1,28		0,77 - 2,16
Juicio del terapeuta	12	1,66	20	1,16	22	1,28	22	1,01	6	1,30
IC		0,99 - 2,33		0,74 - 1,58		0,87 - 1,69		0,63 - 1,38		0,40 - 2,21

Tabla 107. (Continuación).

Mejora parcial	17	1,40	20	1,30	24	1,11	17	1,43	6	1,48
IC	0,90 – 1,90		0,86 – 1,74		0,74 – 1,49		0,92 – 1,93		0,51 – 2,46	
Mejora total	7	3,15	18	1,33	19	1,22	7	1,86	5	1,51
IC	1,62 – 4,68		0,86 – 1,80		0,78 – 1,66		0,85 – 2,87		0,38 – 2,65	
Recuperación parcial	17	1,70	18	1,58	22	1,40	19	1,46	5	1,45
IC	1,14 – 2,26		1,06 – 2,09		0,96 – 1,83		0,98 – 1,95		0,35 – 2,56	
Recuperación total	7	2,35	15	1,55	16	1,44	8	1,45	4	--
IC	1,15 – 3,55		0,99 – 2,12		0,92 – 1,97		0,97 – 1,92			

g: g de Hedges; IC: Intervalo de Confianza. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Los TE de los pacientes con trastornos de ansiedad que **completaron** el tratamiento para las **medidas específicas** fueron de magnitud grande o muy grande en todas las poblaciones estudiadas (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) según todas las definiciones de terminación, excepto en la definición de Recuperación total en los clientes con TOC. De nuevo, algunos de los TE obtenidos proceden de poblaciones pequeñas lo cual pone en entredicho su fiabilidad: “Juicio del terapeuta” para AGO/TP; “Mejora parcial” para AGO/TP y TAG; “Mejora total” para todas las poblaciones y “Recuperación parcial y total” para todas las poblaciones exceptuando los clientes con fobia social en “Recuperación parcial”.

Las Tablas 108 y 109 proporcionan los datos de *M* y *DT* y *Me* y *RIQ* respectivamente, de las medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad.

Tabla 108. Media y DT de las medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

MEDIDAS MALESTAR GENERAL	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	AGO/TP	Fob. Espec.	Fobia Social	TAG	TOC					
Duración del Tratamiento	33	31	36	31	12					
Juicio del terapeuta	15	25	23	26	6					
Mejora parcial	23	20	25	21	7					
Mejora total	9	18	19	10	5					
Recuperación parcial	18	18	23	21	6					
Recuperación total	8	15	16	9	4					
DASS-21 Depresión										
Duración del tratamiento	n = 27		n = 21		n = 25		n = 27		n = 10	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	12,74	10,09	5,71	6,82	17,44	9,16	17,44	8,56	16,40	7,41
Post	6,70	9,44	3,43	4,30	6,00	7,35	6,15	6,10	9,00	10,72
Juicio del terapeuta	n = 13		n = 13		n = 17		n = 22		n = 6	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	10,15	7,98	3,85	4,43	16,76	8,54	16,32	8,46	11,67	5,13
Post	2,92	3,12	2,77	4,21	3,18	3,75	4,36	3,68	2,00	2,19
Mejora parcial	n = 19		n = 14		n = 22		n = 18		n = 6	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	13,47	11,37	3,86	4,54	17,68	9,69	15,61	8,38	13,00	7,56
Post	6,32	10,78	2,00	3,14	4,73	6,72	5,11	4,91	2,67	2,73
Mejora total	n = 6		n = 12		n = 16		n = 9		n = 5	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre	15,00	8,46	4,00	4,90	17,31	9,54	16,67	11,22	10,40	4,56
Post	3,00	5,62	1,50	2,28	3,63	4,75	3,33	4,12	2,00	2,45

Tabla 103. (Continuación).

Recuperación parcial		n = 15		n = 13		n = 20		n = 18		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		10,40	7,49	3,38	4,35	16,05	8,51	15,61	8,38	12,40	8,29
Post		2,53	3,81	2,00	3,27	3,00	3,40	5,11	4,91	2,00	2,45
Recuperación total		n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		11,00	9,01	3,60	4,97	17,46	8,17	15,61	8,38	--	--
Post		3,00	5,62	1,60	2,46	2,92	3,71	5,11	4,91		
DASS-21 Ansiedad											
Duración del tratamiento		n = 27		n = 21		n = 26		n = 27		n = 10	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,30	8,17	8,14	8,46	15,65	8,09	10,26	7,76	12,40	7,59
Post		7,52	7,38	4,90	4,71	6,77	6,81	3,63	5,09	4,80	4,73
Juicio del terapeuta		n = 13		n = 13		n = 18		n = 22		n = 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		15,38	7,18	7,31	5,38	15,50	8,42	9,68	6,42	9,00	5,02
Post		4,92	4,87	3,46	2,79	4,00	4,65	3,18	3,25	2,00	1,79
Mejora parcial		n = 19		n = 14		n = 22		n = 18		n = 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		18,53	8,40	6,36	5,49	16,41	8,47	11,17	7,59	9,67	5,13
Post		7,05	7,98	3,64	3,27	5,64	6,52	3,11	2,68	2,67	2,42
Mejora total		n = 7		n = 12		n = 16		n = 9		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		20,57	5,97	6,25	5,15	16,06	9,34	11,33	8,72	9,20	5,59
Post		2,29	2,14	3,08	2,39	3,88	5,82	3,56	3,13	2,00	2,00
Recuperación parcial		n = 15		n = 13		n = 20		n = 18		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,53	7,95	6,54	5,67	16,15	8,11	11,17	7,59	8,80	5,22
Post		3,87	3,42	3,31	3,15	4,50	5,42	3,11	2,68	2,40	2,61
Recuperación total		n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		19,67	5,99	6,70	5,58	15,15	7,98	11,17	7,59	--	--
Post		2,33	2,34	2,70	2,00	2,92	3,52	3,11	2,68		
DASS-21 Estrés											
Duración del tratamiento		n = 27		n = 21		n = 26		n = 27		n = 10	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		17,48	7,37	13,29	7,26	19,62	7,51	24,04	8,33	20,60	9,62
Post		11,30	9,33	7,29	6,37	9,54	5,99	12,04	8,48	11,20	8,12
Juicio del terapeuta		n = 13		n = 13		n = 18		n = 22		n = 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		15,23	6,14	11,77	6,51	20,56	8,11	23,23	7,96	17,33	8,36
Post		9,38	8,10	6,31	6,47	8,00	4,39	10,23	7,06	6,33	6,62
Mejora parcial		n = 19		n = 14		n = 22		n = 18		n = 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		18,00	8,16	10,36	5,92	19,82	8,12	24,83	7,81	18,33	9,07
Post		10,21	10,35	5,21	5,32	8,27	5,28	11,83	8,50	7,33	42,93
Mejora total		n = 7		n = 12		n = 16		n = 9		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		17,43	7,37	10,42	5,90	21,25	7,44	22,89	9,12	16,80	9,23
Post		6,00	7,48	4,83	5,69	8,13	5,34	8,00	6,63	5,60	7,13
Recuperación parcial		n = 15		n = 13		n = 20		n = 18		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		15,33	6,83	10,38	6,16	19,50	8,31	24,83	7,81	18,00	10,10
Post		6,53	6,65	5,31	5,53	7,30	4,27	11,83	8,50	6,80	8,44

Tabla 103. (Continuación).

Recuperación total		n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		15,33	5,32	10,50	6,52	21,54	6,64	24,83	7,81	--	--
Post		7,00	7,67	5,20	6,20	7,38	4,27	11,83	8,50		
DASS-21 Total											
Duración del tratamiento		n = 26		n = 21		n = 25		n = 27		n = 9	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		15,46	7,49	9,05	6,65	17,69	6,40	17,25	6,23	17,56	6,58
Post		8,73	8,24	5,21	4,36	7,41	6,07	7,27	5,15	9,26	7,07
Juicio del terapeuta		n = 13		n = 13		n = 17		n = 22		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		13,59	5,75	7,64	4,20	17,80	6,56	16,41	5,51	13,87	3,66
Post		5,74	4,78	4,18	3,78	4,94	3,67	5,92	3,40	4,13	3,03
Mejora parcial		n = 18		n = 14		n = 22		n = 18		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,67	8,45	6,86	3,86	17,97	6,74	17,20	5,88	15,07	22,04
Post		8,15	9,42	3,62	2,92	6,21	5,30	6,69	3,94	5,07	13,00
Mejora total		n = 7		n = 12		n = 16		n = 9		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		16,95	6,37	6,89	3,83	18,21	6,95	16,96	7,46	--	--
Post		3,62	4,44	3,14	2,54	5,21	4,85	4,96	2,93		
Recuperación parcial		n = 14		n = 13		n = 20		n = 18		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		13,90	6,46	6,77	4,00	17,23	6,34	17,20	5,88	--	--
Post		4,43	3,83	3,54	3,02	4,93	3,46	6,69	3,94		
Recuperación total		n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		15,33	5,16	6,93	4,18	18,05	5,50	17,20	5,88	--	--
Post		4,11	4,65	3,17	2,70	4,41	3,11	6,69	3,94		
BSI – IGS											
Duración del tratamiento		n = 19		n = 20		n = 23		n = 26		n = 10	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,29	0,79	0,77	0,32	1,22	0,51	1,23	0,51	1,42	0,50
Post		0,57	0,78	1,32	4,18	0,52	0,48	0,52	0,49	0,53	0,45
Juicio del terapeuta		n = 9		n = 13		n = 16		n = 21		n = 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,02	0,52	,81	0,34	1,17	0,54	1,20	0,51	1,11	0,37
Post		0,33	0,26	1,74	5,20	0,30	0,18	0,41	0,37	0,30	0,28
Mejora parcial		n = 15		n = 15		n = 20		n = 19		n = 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,45	0,82	0,75	0,38	1,23	0,48	1,21	0,56	1,17	2,67
Post		0,58	0,87	1,52	4,84	0,42	0,38	0,43	0,39	0,27	9,67
Mejora total		n = 6		n = 13		n = 14		n = 10		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,67	0,61	0,77	0,41	1,21	0,48	1,23	0,62	1,06	0,40
Post		0,37	0,36	1,68	5,21	0,31	0,19	0,33	0,26	0,22	0,23
Recuperación parcial		n = 13		n = 13		n =		n = 19		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,28	0,65	0,76	0,33	1,24	0,49	1,21	0,56	1,12	0,48
Post		0,33	0,28	1,70	5,21	0,38	0,31	0,43	0,39	0,23	0,24
Recuperación total		n = 5		n = 10		n = 12		n = 19		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		1,54	0,58	0,83	0,34	1,26	0,44	1,21	0,56	--	--
Post		0,39	0,40	2,10	5,95	0,33	0,20	0,43	0,39		

M: Media; DT: Desviación Típica. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Tabla 109. Mediana (*Me*) y Rango Intercuartil (*R/Q*) de las medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

MEDIDAS MALESTAR GENERAL		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>					
		AGO/TP	Fob. Espec.	Fobia Social	TAG	TOC					
Duración del Tratamiento		33	31	36	31	12					
Juicio del terapeuta		15	25	23	26	6					
Mejora parcial		23	20	25	21	7					
Mejora total		9	18	19	10	5					
Recuperación parcial		18	18	23	21	6					
Recuperación total		8	15	16	9	4					
DASS-21 Depresión											
Duración del tratamiento		<i>n</i> = 27		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 27		<i>n</i> = 10	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		12,00	15,00	4,00	6,00	15,00	14,50	16,00	12,00	16,67	6,00
	Post	4,00	10,00	2,00	7,00	4,00	9,00	6,00	8,00	7,33	13,33
Juicio del terapeuta		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 17		<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 6	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		10,00	14,00	2,00	5,00	14,00	16,00	16,00	15,00	12,00	9,50
	Post	2,00	5,00	2,00	4,00	2,00	6,00	4,00	8,00	2,00	6,00
Mejora parcial		<i>n</i> = 19		<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 6	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		12,00	18,50	2,00	5,00	16,00	16,25	15,00	9,50	12,00	8,00
	Post	2,00	6,00	1,00	2,00	2,00	6,00	5,00	8,00	2,00	6,00
Mejora total		<i>n</i> = 6		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 16		<i>n</i> = 9		<i>n</i> = 5	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		21,00	13,00	2,00	7,00	16,00	16,25	11,00	13,50	12,00	8,00
	Post	0,00	6,50	1,00	2,00	2,00	6,00	2,00	6,00	2,00	4,00
Recuperación parcial		<i>n</i> = 15		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 20		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 5	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		10,00	17,00	2,00	3,50	14,00	15,00	15,00	9,50	11,00	8,50
	Post	2,00	4,00	0,00	2,00	2,00	6,00	5,00	8,00	2,00	4,00
Recuperación total		<i>n</i> = 6		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 4	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		16,00	18,00	2,00	6,00	18,00	14,50	12,00	14,00	--	--
	Post	0,00	6,50	1,00	2,00	2,00	6,00	0,00	6,00		
DASS-21 Ansiedad											
Duración del tratamiento		<i>n</i> = 27		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 26		<i>n</i> = 27		<i>n</i> = 10	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		17,00	16,00	6,00	10,50	15,00	16,00	8,00	12,00	12,00	9,00
	Post	6,00	10,00	4,00	5,50	4,00	10,00	2,00	4,00	4,00	5,00
Juicio del terapeuta		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 6	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		16,00	13,00	8,00	7,50	14,00	16,00	9,00	12,00	8,00	10,50
	Post	4,00	7,00	4,00	3,50	2,00	6,50	2,00	4,50	2,00	4,00
Mejora parcial		<i>n</i> = 19		<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 6	
		<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>	<i>Me</i>	<i>RQ</i>
Pre		20,00	12,00	5,00	8,75	16,00	14,50	10,00	11,50	12,00	12,00
	Post	4,00	6,00	3,00	2,75	3,00	7,00	3,00	4,50	3,00	4,50

Tabla 109. (Continuación).

Mejora total		n = 7		n = 12		n = 16		n = 9		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		18,00	12,00	5,00	7,50	15,00	17,00	10,00	14,50	8,00	11,00
Post		2,00	4,00	3,00	2,75	2,00	4,00	4,00	6,00	2,00	4,00
Recuperación parcial		n = 15		n = 13		n = 20		n = 18		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		18,00	16,00	5,00	10,25	16,00	13,75	10,00	11,50	10,00	14,00
Post		4,00	4,00	2,00	2,50	2,00	7,00	3,00	4,50	2,00	17,50
Recuperación total		n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 4	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		18,00	11,50	6,00	9,50	14,00	15,00	10,00	14,00	--	--
Post		2,00	4,50	3,00	3,25	2,00	4,00	4,00	8,00	--	--
DASS-21 Estrés											
Duración del tratamiento		n = 27		n = 21		n = 26		n = 27		n = 10	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		20,00	12,00	12,00	11,00	18,00	10,00	23,00	16,00	19,00	11,50
Post		10,00	14,00	7,00	9,00	9,00	8,00	12,00	14,00	13,00	16,50
Juicio del terapeuta		n = 13		n = 13		n = 18		n = 22		n = 6	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		14,00	22,00	12,00	12,00	20,00	10,00	23,00	11,00	19,00	14,50
Post		8,00	14,00	2,00	9,00	8,00	4,50	10,00	12,50	6,00	11,50
Mejora parcial		n = 19		n = 14		n = 22		n = 18		n = 6	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		20,00	14,00	9,00	9,75	19,00	11,00	24,00	11,00	18,00	18,00
Post		8,00	14,00	3,00	6,00	8,00	5,00	10,00	14,00	6,00	16,00
Mejora total		n = 7		n = 12		n = 16		n = 9		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		20,00	13,00	9,00	8,25	22,00	11,00	23,00	12,00	18,00	17,00
Post		2,00	14,00	2,00	5,50	7,00	4,00	6,00	10,00	2,00	13,00
Recuperación parcial		n = 15		n = 13		n = 20		n = 18		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		18,00	9,00	9,00	11,25	19,00	11,50	24,00	11,00	17,00	19,00
Post		4,00	14,00	2,00	6,00	7,00	4,00	10,00	14,00	2,00	16,00
Recuperación total		n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 4	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		20,00	8,00	8,00	13,50	20,00	10,00	22,00	13,00	--	--
Post		5,00	15,00	2,00	7,00	8,00	4,00	6,00	14,00	--	--
DASS-21 Total											
Duración del tratamiento		n = 26		n = 21		n = 25		n = 27		n = 9	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		15,33	8,67	8,67	6,33	18,67	7,17	17,33	8,00	16,67	6,00
Post		7,33	8,67	4,67	6,83	4,67	9,33	6,67	6,00	7,33	13,33
Juicio del terapeuta		n = 13		n = 13		n = 17		n = 22		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		14,00	10,33	8,00	6,67	18,67	10,67	17,33	9,33	15,33	6,33
Post		4,00	6,67	2,67	5,83	3,33	4,00	6,33	6,58	4,67	6,00

Tabla 109. (Continuación).

Mejora parcial		n = 18		n = 14		n = 22		n = 18		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		17,33	11,67	6,33	6,33	18,67	7,83	17,33	7,92	16,67	6,33
Post		4,00	8,67	3,00	4,08	4,00	6,33	7,33	5,83	6,67	7,33
Mejora total		n = 7		n = 12		n = 16		n = 9		n = 4	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		19,33	11,00	6,33	5,67	18,67	7,33	15,33	11,33	--	--
Post		0,67	7,33	2,33	3,75	3,33	3,33	4,67	5,67		
Recuperación parcial		n = 14		n = 13		n = 20		n = 18		n = 4	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		14,00	11,33	6,33	7,00	18,67	8,17	17,33	7,92	--	--
Post		3,33	7,33	2,67	4,50	3,67	4,33	7,33	5,83		
Recuperación total		n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 4	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		18,00	8,17	7,33	7,00	18,67	6,33	17,33	12,67	--	--
Post		2,33	8,33	2,33	4,42	3,33	3,33	4,00	6,67		
BSI - IGS											
Duración del tratamiento		n = 19		n = 20		n = 23		n = 26		n = 10	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		1,18	1,03	0,69	0,53	1,09	0,94	1,24	0,74	1,44	0,90
Post		0,33	0,53	0,23	0,70	0,34	0,55	0,32	0,49	0,50	0,67
Juicio del terapeuta		n = 9		n = 13		n = 16		n = 21		n = 6	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		0,94	0,97	0,96	0,62	0,96	0,82	1,29	1,06	1,18	0,62
Post		0,21	0,46	0,17	0,66	0,26	0,30	0,28	0,45	0,27	0,49
Mejora parcial		n = 15		n = 15		n = 20		n = 19		n = 6	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		1,58	1,15	0,96	0,70	1,05	0,73	1,20	0,98	1,42	0,64
Post		0,25	0,49	0,21	0,43	0,27	0,41	0,32	0,54	0,27	0,45
Mejora total		n = 6		n = 13		n = 14		n = 10		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		1,89	1,30	0,98	0,75	1,05	0,65	1,24	1,18	1,00	0,73
Post		0,25	0,56	0,17	0,30	0,26	0,30	0,27	0,51	0,09	0,43
Recuperación parcial		n = 13		n = 13		n =		n = 19		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		1,34	1,16	0,96	0,69	1,04	0,81	1,20	0,98	1,23	0,79
Post		0,25	0,39	0,17	0,42	0,26	0,36	0,32	0,54	0,09	0,46
Recuperación total		n = 5		n = 10		n = 12		n = 19		n = 4	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		1,80	1,33	0,98	0,72	1,05	0,71	1,21	1,22	--	--
Post		0,25	0,70	0,16	0,39	0,30	0,34	0,39	0,52		

Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

La Tabla 110 presenta los resultados del test de Wilcoxon de las medidas de malestar general en trastornos de ansiedad.

Tabla 110. Test de Wilcoxon (valor z) de medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

MEDIDAS MALESTAR GENERAL	n AGO/TP		n Fob. Espec.		n Fobia Social		n TAG		n TOC	
Duración del Tratamiento	33		31		36		31		12	
Juicio del terapeuta	15		25		23		26		6	
Mejora parcial	23		20		25		21		7	
Mejora total	9		18		19		10		5	
Recuperación parcial	18		18		23		21		6	
Recuperación total	8		15		16		9		4	
DASS-21 Depresión										
Duración del tratamiento	27	-3,360	21	-1,645	25	-4,176	27	-4,159	10	-2,354
<i>p</i>		,001		,100		,000		,000		,019
Juicio del terapeuta	13	-2,614	13	-1,054	17	-3,625	22	-3,822	6	-2,207
<i>P</i>		,009		,292		,000		,000		,027
Mejora parcial	19	-2,946	14	-1,763	22	-4,063	17	-3,536	6	-2,207
<i>IC</i>		,003		,078		,000		,000		,027
Mejora total	6	-1,892	12	-2,214	16	-3,520	9	-2,552	5	-2,032
<i>IC</i>		,058		,027		,000		,011		,042
Recuperación parcial	15	-2,937	13	-1,450	20	-3,870	18	-3,536	5	-2,023
<i>IC</i>		,003		,147		,000		,000		,043
Recuperación total	6	-1,625	10	-1,826	13	-3,870	7	-3,536	4	--
<i>P</i>		,104		,068		,000		,000		
DASS-21 Ansiedad										
Duración del tratamiento	27	-4,018	21	-1,417	26	-3,814	27	-3,956	10	-2,823
<i>P</i>		,000		,156		,000		,000		,005
Juicio del terapeuta	13	-3,065	13	-2,451	18	-3,626	22	-3,543	6	-2,214
<i>P</i>		,002		,014		,000		,000		,027
Mejora parcial	19	-3,371	14	-1,334	22	-3,952	17	-3,370	6	-2,214
<i>P</i>		,018		,182		,000		,001		,027
Mejora total	7	-3,301	12	-1,612	16	-3,522	9	-2,252	5	-2,032
<i>P</i>		,001		,107		,000		,024		,042
Recuperación parcial	15	-3,301	13	-1,626	20	-3,928	18	-3,370	5	-2,041
<i>P</i>		,001		,106		,000		,001		,041
Recuperación total	6	-2,207	10	-1,844	13	-3,929	7	-3,370	4	--
<i>P</i>		,027		,065		,000		,001		
DASS-21 Estrés										
Duración del tratamiento	27	-3,290	21	-3,317	26	-4,311	27	-4,293	10	-2,536
<i>P</i>		,001		,001		,000		,000		,011
Juicio del terapeuta	13	-2,279	13	-2,609	18	-3,625	22	-4,021	6	-2,207
<i>P</i>		,023		,009		,000		,000		,027
Mejora parcial	19	-3,296	14	-2,631	22	-4,021	17	-3,625	6	-2,207
<i>P</i>		,001		,009		,000		,000		,027
Mejora total	7	-2,371	12	-2,494	16	-3,411	9	-2,666	5	-2,023
<i>P</i>		,018		,013		,001		,008		,043
Recuperación parcial	15	-3,134	13	-2,454	20	-3,828	18	-3,625	5	-2,023
<i>P</i>		,002		,014		,000		,000		,043
Recuperación total	6	-2,207	10	-2,117	13	-3,828	7	-3,625	4	-2,023
<i>P</i>		,027		,034		,000		,000		,043
DASS-21 Total										
Duración del tratamiento	26	-3,950	21	-2,723	25	-4,184	27	-4,407	9	-2,547
<i>p</i>		,000		,006		,000		,000		,011
Juicio del terapeuta	13	-2,901	13	-2,669	17	-3,622	22	-4,074	5	-2,023
<i>P</i>		,004		,008		,000		,000		,043
Mejora parcial	18	-3,724	14	-2,342	22	-4,107	17	-3,724	5	-2,023
<i>P</i>		,000		,019		,000		,000		,043

Tabla 110. (Continuación).

Mejora total	<i>P</i>	7	-2,366 ,018	12	-2,669 ,008	16	-3,517 ,000	9	-2,666 ,008	4	--
Recuperación parcial	<i>P</i>	14	-3,297 ,001	13	-2,197 ,028	20	-3,920 ,000	18	-3,724 ,000	4	--
Recuperación total	<i>P</i>	6	-2,201 ,028	10	-2,310 ,021	13	-3,920 ,000	7	-3,724 ,000	3	--
BSI-IGS											
Duración del tratamiento	<i>P</i>	19	-3,683 ,000	20	-2,185 ,029	23	-3,924 ,000	26	-4,458 ,000	10	-2,803 ,005
Juicio del terapeuta	<i>P</i>	9	-2,666 ,008	13	-2,273 ,023	16	-3,413 ,001	21	-4,015 ,000	6	-2,201 ,028
Mejora parcial	<i>P</i>	15	-3,323 ,001	14	-2,273 ,023	20	-3,808 ,000	19	-3,823 ,000	6	-2,201 ,028
Mejora total	<i>P</i>	6	-2,201 ,028	13	-2,133 ,033	14	-3,296 ,001	10	-2,803 ,005	5	-2,023 ,043
Recuperación parcial	<i>P</i>	13	-3,180 ,001	13	-2,132 ,033	19	-3,823 ,000	19	-3,823 ,000	5	-2,023 ,043
Recuperación total	<i>P</i>	5	-2,023 ,043	10	-1,784 ,074	12	-3,823 ,008	8	-3,823 ,000	4	--

Z: Valor test de Wilcoxon. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

De las anteriores comparaciones de *Me* se deriva que existen diferencias significativas pre-post en las medidas de malestar general para todas las poblaciones y definiciones de abandono con la excepción de las muestras:

- Fobia específica en las medidas DASS-21 Depresión (Juicio del terapeuta y Recuperación parcial y total), DASS-21 Ansiedad (Duración del tratamiento y Mejora y Recuperación parcial y total) y BSI-IGS (Recuperación total).
- TOC en las medidas DASS-21 Total (Recuperación parcial y total).

Los resultados de los TE de las medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad se presentan en la Tabla 111.

Tabla 111. TE de las diferencias pre-post de las medidas de malestar general en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

MEDIDAS MALESTAR GENERAL	<i>n</i> AGO/TP	<i>n</i> Fob. Espec.	<i>n</i> Fobia Social	<i>n</i> TAG	<i>n</i> TOC
Duración del Tratamiento	33	31	36	31	12
Juicio del terapeuta	15	25	23	26	6
Mejora parcial	23	20	25	21	7
Mejora total	9	18	19	10	5
Recuperación parcial	18	18	23	21	6
Recuperación total	8	15	16	9	4
DASS-21 Depresión					
Duración del tratamiento	27 0,60 IC 0,30 - 0,89	21 0,37 0,05 - 0,69	25 1,32 0,93 - 1,71	27 1,46 1,07 - 1,86	10 0,69 0,17 - 1,22
Juicio del terapeuta	13 1,08 IC 0,57 - 1,60	13 0,23 -0,17 - 0,64	17 1,87 1,28 - 2,46	22 1,78 1,29 - 2,28	6 1,88 0,74 - 3,02

Tabla 111. (Continuación).

Mejora parcial	19	0,62	14	0,43	22	1,44	17	1,63	6	1,08
IC		0,26 - 0,98		0,02 - 0,83		1,00 - 1,88		1,08 - 2,17		0,25 - 1,91
Mejora total	6	1,41	12	0,40	16	1,47	9	1,38	5	1,68
IC		0,46 - 2,36		-0,04 - 0,84		0,94 - 2,00		0,66 - 2,10		0,47 - 2,89
Recuperación parcial	15	1,24	13	0,33	20	1,80	18	1,45	5	0,83
IC		0,74 - 1,75		-0,09 - 0,74		1,28 - 2,34		0,95 - 1,94		-0,22 - 1,32
Recuperación total	6	0,88	10	0,28	13	1,92	7	1,27	4	--
IC		0,11 - 1,65		-0,19 - 0,76		1,21 - 2,62		0,46 - 2,07		--
DASS-21 Ansiedad										
Duración del tratamiento	27	1,09	21	0,46	26	1,15	27	0,92	10	0,62
IC		0,75 - 1,44		0,13 - 0,78		0,79 - 1,51		0,59 - 1,25		0,11 - 1,13
Juicio del terapeuta	13	1,56	13	0,82	18	1,55	22	1,18	6	0,36
IC		0,94 - 2,17		0,35 - 1,29		1,04 - 2,06		0,78 - 1,58		-0,29 - 1,01
Mejora parcial	19	1,34	14	0,58	22	1,35	17	1,15	6	0,95
IC		0,88 - 1,80		0,16 - 1,00		0,93 - 1,78		0,70 - 1,61		0,16 - 1,74
Mejora total	7	3,35	12	0,75	16	1,41	9	1,06	5	0,27
IC		1,74 - 4,97		0,27 - 1,23		0,89 - 1,92		0,43 - 1,70		-0,45 - 1,00
Recuperación parcial	15	1,98	13	0,68	20	1,57	18	1,29	5	0,84
IC		1,25 - 2,52		0,23 - 1,12		1,09 - 2,06		0,82 - 1,75		-0,01 - 1,70
Recuperación total	6	3,01	10	0,91	13	1,71	7	0,85	4	--
IC		1,37 - 4,66		0,34 - 1,47		1,05 - 2,36		0,16 - 1,54		--
DASS-21 Estrés										
Duración del tratamiento	27	0,70	21	0,84	26	1,43	27	1,39	10	0,94
IC		0,40 - 1,01		0,48 - 1,21		1,03 - 1,83		1,00 - 1,77		0,37 - 1,52
Juicio del terapeuta	13	0,75	13	0,79	18	1,78	22	1,66	6	1,14
IC		0,29 - 1,20		0,32 - 1,25		1,23 - 2,34		1,19 - 2,14		0,29 - 1,99
Mejora parcial	19	0,78	14	0,86	22	1,58	17	1,46	6	1,05
IC		0,40 - 1,16		0,40 - 1,31		1,11 - 2,04		0,95 - 1,98		0,23 - 1,87
Mejora total	7	1,34	12	0,90	16	1,89	9	1,66	5	0,99
IC		0,51 - 2,17		0,39 - 1,40		1,28 - 2,51		0,86 - 2,46		0,08 - 1,91
Recuperación parcial	15	1,23	13	0,81	20	1,67	18	1,52	5	0,91
IC		0,73 - 1,74		0,34 - 1,28		1,17 - 2,17		1,01 - 2,02		0,03 - 1,79
Recuperación total	6	0,87	10	0,76	13	2,31	7	1,32	4	--
IC		0,11 - 1,64		0,23 - 1,30		1,51 - 3,12		0,50 - 2,15		--
DASS-21 Total										
Duración del tratamiento	26	0,83	21	0,65	25	1,60	27	1,68	9	1,09
IC		0,50 - 1,15		0,30 - 0,99		1,16 - 2,03		1,25 - 2,11		0,45 - 1,73
Juicio del terapeuta	13	1,38	13	0,81	17	2,21	22	2,17	5	2,13
IC		0,81 - 1,96		0,34 - 1,28		1,55 - 2,87		1,61 - 2,74		0,70 - 3,56
Mejora parcial	18	0,90	14	0,89	22	1,84	17	2,01	5	1,41
IC		0,50 - 1,31		0,43 - 1,35		1,33 - 2,35		1,39 - 2,63		0,33 - 2,50
Mejora total	7	2,09	12	1,04	16	1,94	9	1,83	4	--
IC		0,99 - 3,19		0,51 - 1,57		1,31 - 2,57		0,98 - 2,68		--
Recuperación parcial	14	1,66	13	0,85	20	2,31	18	1,98	4	--
IC		1,04 - 2,27		0,38 - 1,33		1,68 - 2,94		1,39 - 2,58		--
Recuperación total	6	1,91	10	0,95	13	2,60	7	1,82	3	--
IC		0,76 - 3,07		0,37 - 1,52		1,72 - 3,48		0,82 - 2,82		--
BSI-IGS										
Duración del tratamiento	19	0,88	20	-0,16	23	1,37	26	1,39	10	1,68
IC		0,49 - 1,27		-0,48 - 0,17		0,96 - 1,79		0,99 - 1,78		0,93 - 2,44
Juicio del terapeuta	9	1,00	13	-0,20	16	1,73	21	1,67	6	1,85
IC		0,38 - 1,63		-0,60 - 0,21		1,15 - 2,31		1,18 - 2,16		0,73 - 2,98
Mejora parcial	15	0,97	14	-0,19	20	1,78	19	1,53	6	1,16
IC		0,51 - 1,43		-0,57 - 0,20		1,25 - 2,30		1,53 - 2,02		0,30 - 2,02
Mejora total	6	2,09	13	-0,20	14	1,72	10	1,65	5	1,33
IC		0,86 - 3,32		-0,61 - 0,20		1,09 - 2,34		0,91 - 2,40		0,28 - 2,39

Tabla 111. (Continuación).

Recuperación parcial	IC	13	1,52	13	-0,20	19	1,90	19	1,53	5	1,20
			0,92 – 2,13		-0,60 – 0,21		1,34 – 2,46		1,03 – 2,02		0,20 – 2,19
Recuperación total	IC	5	1,76	10	-0,23	12	1,59	8	1,22	4	--
			0,51 – 3,00		-0,70 – 0,24		0,94 – 2,24		0,49 – 1,95		--

g: *g* de Hedges; **IC**: Intervalo de Confianza. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Los TE de los pacientes con distintos trastornos de ansiedad que **completaron** el tratamiento para las **medidas de malestar general** fueron mayoritariamente de magnitud grande y muy grande.

Las poblaciones en las que se obtuvieron TE de magnitud mediana fueron: en la escala Depresión (DASS-21) para los clientes AGO/TP y TOC (“duración del tratamiento”) y AGO/TP (“Mejora parcial”); en la escala de Ansiedad (DASS-21) para los clientes con fobia específica (“Duración del tratamiento”, “Mejorados parcial y total” y “Recuperados parcial”) y para TOC (“duración del tratamiento”); en la escala Estrés (DASS-21) para AGO/TP (“duración del tratamiento”, “juicio del terapeuta” y “Mejora parcial”) y para Fobia específica (“Juicio del terapeuta”) y en la escala Total (DASS-21) para fobia específica (“duración del tratamiento”).

Se obtuvieron TE de magnitud pequeña en la escala de Depresión del DASS-21 y BSI-IGS en los clientes con fobia específica para todas las definiciones de abandono y en el DASS-21 Ansiedad en clientes TOC para las definiciones Juicio del terapeuta y Mejora total.

Los resultados obtenidos en este grupo de medidas pueden ser poco fiables en todas las definiciones a excepción de “duración del tratamiento” (menos en clientes TOC) debido al pequeño tamaño de la muestra del que proceden. En el caso de Fobia específica, los resultados obtenidos en DASS-21 Depresión no fueron significativos para ninguna de las definiciones de abandono (excepto Duración del tratamiento) y tampoco los del BSI-IGS. Sucedió lo propio en la muestra TOC con el DASS-21 Depresión (Recuperación parcial) y DASS-21 Ansiedad (Mejora parcial y total y Recuperación parcial).

En la Tabla 112 se muestran las *M* y *DT* y en la Tabla 113 las *Me* y *RIQ* de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de trastornos de ansiedad.

Tabla 112. Media y DT de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>					
	AGO/TP	Fob. Espec.	Fobia Social	TAG	TOC					
Duración del Tratamiento	33	31	36	31	12					
Juicio del terapeuta	15	25	23	26	6					
Mejora parcial	23	20	25	21	7					
Mejora total	9	18	19	10	5					
Recuperación parcial	18	18	23	21	6					
Recuperación total	8	15	16	9	4					
INTERFERENCIA TOTAL										
Duración del tratamiento	<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 11		<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 5	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Pre	3,13	1,66	1,41	0,92	3,38	1,43	3,67	1,18	4,07	1,60
Post	1,39	2,25	0,67	0,78	1,16	1,38	1,31	,87	1,42	1,79

Tabla 112. (Continuación).

Juicio del terapeuta		n = 8		n = 8		n = 9		n = 13		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		2,87	1,69	1,60	1,01	3,49	1,57	3,81	1,09	--	--
Post		0,53	0,64	0,47	0,52	,88	1,34	1,21	0,81	--	--
Mejora parcial		n = 11		n = 10		n = 10		n = 11		n = 3	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		3,26	1,67	1,38	0,83	3,44	1,49	3,83	1,08	--	--
Post		1,38	2,36	0,69	0,84	1,09	1,43	1,22	0,89	--	--
Mejora total		n = 4		n = 8		n = 7		n = 6		n = 3	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		--	--	1,38	0,90	3,48	1,77	3,67	1,03	--	--
Post		--	--	0,35	0,49	,81	1,52	1,10	0,68	--	--
Recuperación parcial		n = 10		n = 9		n = 9		n = 11		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		3,20	1,75	1,42	0,87	3,49	3,20	1,75	1,42	--	--
Post		1,24	2,44	0,76	0,85	0,88	1,24	2,44	0,76	--	--
Recuperación total		n = 3		n = 6		n = 6		n = 11		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		--	--	1,57	0,96	3,88	3,53	0,62	1,57	--	--
Post		--	--	0,43	0,55	0,93	0,30	0,23	0,43	--	--
INTERFERENCIA GLOBAL											
Duración del tratamiento		n = 11		n = 12		n = 11		n = 14		n = 5	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		4,73	1,35	4,25	1,60	5,73	1,10	5,57	1,79	4,80	1,92
Post		1,50	1,80	1,50	1,51	2,09	2,02	2,18	1,17	2,40	2,07
Juicio del terapeuta		n = 8		n = 8		n = 9		n = 13		n = 4	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		4,50	1,51	3,75	1,67	5,78	1,20	5,85	1,52	--	--
Post		0,88	0,83	1,25	1,39	1,44	1,59	2,04	1,09	--	--
Mejora parcial		n = 10		n = 10		n = 10		n = 11		n = 3	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		4,70	1,42	4,30	1,77	5,70	1,16	5,55	1,57	--	--
Post		1,10	1,29	1,50	1,65	1,80	1,87	1,86	1,10	--	--
Mejora total		n = 3		n = 8		n = 7		n = 6		n = 3	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		--	--	4,00	1,85	6,00	1,15	5,33	1,86	--	--
Post		--	--	1,00	1,41	1,29	1,80	1,83	0,41	--	--
Recuperación parcial		n = 9		n = 9		n = 9		n = 11		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		4,56	1,42	4,11	1,76	5,78	4,56	1,42	4,11	--	--
Post		0,78	0,83	1,67	1,66	1,44	0,78	0,83	1,67	--	--
Recuperación total		n = 3		n = 6		n = 6		n = 11		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		--	--	3,83	1,94	6,00	5,67	0,58	3,83	--	--
Post		--	--	1,33	1,51	1,33	0,33	0,58	1,33	--	--
MQLI											
Duración del tratamiento		n = 5		n = 6		n = 6		n = 4		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,56	1,13	6,78	1,09	4,83	0,61	--	--	--	--
Post		7,10	0,83	7,87	1,09	7,03	0,94	--	--	--	--
Juicio del terapeuta		n = 4		n = 5		n = 5		n = 3		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		--	--	6,58	1,08	4,78	0,66	--	--	--	--
Post		--	--	8,00	1,16	7,22	0,91	--	--	--	--
Mejora parcial		n = 5		n = 5		n = 5		n = 2		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,56	1,13	7,12	0,79	4,78	0,66	--	--	--	--
Post		7,10	0,83	8,16	0,91	7,22	0,91	--	--	--	--

Tabla 112. (Continuación).

Mejora total		n = 2		n = 4		n = 4		n = 2		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Post		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Recuperación parcial		n = 5		n = 5		n = 5		n = 2		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		5,56	1,13	7,12	0,79	4,78	5,56	--	--	--	--
Post		7,10	0,83	8,16	0,91	7,22	7,10	--	--	--	--
Recuperación total		n = 2		n = 3		n = 4		n = 2		n = 2	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Pre		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Post		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

M: Media; DT: Desviación Típica. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Tabla 113. Mediana (Me) y Rango Intercuartil (RQ) de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	n	n	n	n	n					
	AGO/TP	Fob. Espec.	Fobia Social	TAG	TOC					
Duración del Tratamiento	33	31	36	31	12					
Juicio del terapeuta	15	25	23	26	6					
Mejora parcial	23	20	25	21	7					
Mejora total	9	18	19	10	5					
Recuperación parcial	18	18	23	21	6					
Recuperación total	8	15	16	9	4					
INTERFERENCIA TOTAL										
Duración del tratamiento	n = 12		n = 12		n = 11		n = 14		n = 5	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	3,89	3,43	1,00	1,61	3,00	1,45	3,62	1,89	4,40	2,57
Post	0,44	1,64	0,28	1,17	0,67	1,77	1,21	1,59	0,77	2,94
Juicio del terapeuta	n = 8		n = 8		n = 9		n = 13		n = 4	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	2,67	2,72	1,39	2,07	3,06	1,95	3,96	1,97	--	--
Post	0,29	0,59	0,28	1,00	0,44	1,08	1,11	1,35	--	--
Mejora parcial	n = 11		n = 10		n = 10		n = 11		n = 3	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	3,82	2,63	1,00	1,28	3,00	1,70	4,13	1,98	--	--
Post	0,33	1,78	0,33	1,22	0,76	1,84	1,11	1,78	--	--
Mejora total	n = 4		n = 8		n = 7		n = 6		n = 3	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	--	--	1,00	1,39	3,11	2,50	3,63	2,09	--	--
Post	--	--	0,11	0,83	0,22	0,70	1,10	1,12	--	--
Recuperación parcial	n = 10		n = 9		n = 9		n = 11		n = 2	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	3,22	2,91	0,94	1,28	3,06	2,25	4,13	1,98	--	--
Post	0,29	0,89	0,33	1,61	0,44	1,08	1,11	1,78	--	--
Recuperación total	n = 3		n = 6		n = 6		n = 11		n = 2	
	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre	--	--	1,00	1,55	3,11	2,51	3,63	2,09	--	--
Post	--	--	0,17	1,06	0,33	1,58	0,89	0,90	--	--

Tabla 113. (Continuación).

INTERFERENCIA GLOBAL											
Duración del tratamiento		n = 11		n = 12		n = 11		n = 14		n = 5	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		5,00	2,00	4,00	2,75	6,00	1,00	5,00	2,25	5,00	3,50
	Post	1,00	2,00	1,00	2,75	2,00	5,00	2,00	1,25	2,00	4,00
Juicio del terapeuta		n = 8		n = 8		n = 9		n = 13		n = 4	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	4,50	2,75	3,50	2,50	5,50	1,25	5,00	2,00	--	--
Pre		1,00	1,75	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,50	--	--
	Post	1,00	1,75	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,50	--	--
Mejora parcial		n = 10		n = 10		n = 10		n = 11		n = 3	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	5,00	2,00	4,50	3,25	5,00	1,00	5,00	2,13	--	--
Pre		1,00	2,00	1,00	3,00	1,50	2,75	2,00	1,00	--	--
	Post	1,00	2,00	1,00	3,00	1,50	2,75	2,00	1,00	--	--
Mejora total		n = 3		n = 8		n = 7		n = 6		n = 3	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	--	--	3,00	3,50	6,00	2,00	5,00	3,00	--	--
Pre		--	--	0,50	1,75	1,00	2,00	2,00	0,25	--	--
	Post	--	--	0,50	1,75	1,00	2,00	2,00	0,25	--	--
Recuperación parcial		n = 9		n = 9		n = 9		n = 11		n = 2	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	5,00	2,25	3,50	3,25	5,50	1,50	5,00	2,13	--	--
Pre		1,00	1,50	1,00	3,50	1,00	2,00	2,00	1,00	--	--
	Post	1,00	1,50	1,00	3,50	1,00	2,00	2,00	1,00	--	--
Recuperación total		n = 3		n = 6		n = 6		n = 11		n = 2	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	--	--	3,00	3,00	5,50	2,25	5,00	3,00	--	--
Pre		--	--	1,00	2,50	0,50	2,75	2,00	0,50	--	--
	Post	--	--	1,00	2,50	0,50	2,75	2,00	0,50	--	--
MQLI											
Duración del tratamiento		n = 5		n = 6		n = 6		n = 4		n = 2	
		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
Pre		5,40	2,01	6,95	2,05	4,95	1,03	--	--	--	--
	Post	6,90	1,30	7,80	1,95	7,55	1,68	--	--	--	--
Juicio del terapeuta		n = 4		n = 5		n = 5		n = 3		n = 2	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	--	--	6,70	2,00	4,90	1,20	--	--	--	--
Pre		--	--	8,40	2,20	7,60	1,15	--	--	--	--
	Post	--	--	8,40	2,20	7,60	1,15	--	--	--	--
Mejora parcial		n = 5		n = 5		n = 5		n = 2		n = 2	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	5,30	3,15	7,20	1,50	4,90	1,20	--	--	--	--
Pre		6,90	1,30	8,40	1,80	7,60	1,15	--	--	--	--
	Post	6,90	1,30	8,40	1,80	7,60	1,15	--	--	--	--
Mejora total		n = 2		n = 4		n = 4		n = 2		n = 2	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Pre		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Post	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Recuperación parcial		n = 5		n = 5		n = 5		n = 2		n = 2	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	5,35	3,03	7,20	1,50	4,90	1,20	--	--	--	--
Pre		6,90	1,30	8,40	1,80	7,60	1,15	--	--	--	--
	Post	6,90	1,30	8,40	1,80	7,60	1,15	--	--	--	--
Recuperación total		n = 2		n = 3		n = 4		n = 2		n = 2	
Pre		Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ	Me	RQ
	Post	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Pre		--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	Post	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Me: Mediana; RQ: Rango Intercuartil. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Los resultados del test de Wilcoxon de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad se presentan en la Tabla 114.

Tabla 114. Test de Wilcoxon (valor z) de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	n		n		n		n		n	
	AGO/TP		Fobia específica		Fobia Social		TAG		TOC	
Duración del Tratamiento	33		31		36		31		12	
Juicio del terapeuta	15		25		23		26		6	
Mejora parcial	23		20		25		21		7	
Mejora total	9		18		19		10		5	
Recuperación parcial	18		18		23		21		6	
Recuperación total	8		15		16		9		4	
	n	z	n	z	n	z	n	z	n	z
INTERFERENCIA TOTAL										
Duración del tratamiento	12	-2,510	12	-2,044	11	-2,823	14	-3,107	5	-2,023
IC		,012		,041		,005		,002		,043
Juicio del terapeuta	8	-2,521	8	-2,313	9	-2,666	13	-3,110	4	--
IC		,012		,021		,008		,002		
Mejora parcial	11	-2,401	10	-1,633	10	-2,666	10	-2,845	3	--
IC		,016		,102		,008		,004		
Mejora total	4	--	8	-2,316	7	-2,366	6	-2,201	3	--
IC				,021		,018		,028		
Recuperación parcial	10	-2,293	9	-1,423	9	-2,666	11	-2,845	2	--
IC		,022		,155		,008		,004		
Recuperación total	3	--	6	-1,892	6	-2,666	5	-2,845	2	--
IC				,058		,008		,004		
INTERFERENCIA GLOBAL										
Duración del tratamiento	11	-2,715	12	-3,084	11	-2,823	14	-3,088	5	-2,060
IC		,007		,002		,005		,002		,039
Juicio del terapeuta	8	-2,388	8	-2,539	9	-2,692	13	-3,190	4	--
IC		,017		,011		,007		,001		
Mejora parcial	10	-2,684	10	-2,820	10	-2,692	10	-2,943	3	--
IC		,007		,005		,007		,003		
Mejora total	3	--	8	-2,536	7	-2,410	6	-2,201	3	--
IC				,011		,016		,028		
Recuperación parcial	9	-2,546	9	-2,687	9	-2,692	11	-2,943	2	--
IC		,011		,007		,007		,003		
Recuperación total	3	--	6	-2,214	6	-2,692	5	-2,943	2	--
IC				,027		,007		,003		
MQLI										
Duración del tratamiento	5	-2,023	6	-1,483	6	-1,992	4	--	2	--
IC		,043		,138		,046				
Juicio del terapeuta	4	--	5	-1,826	5	-1,753	3	--	2	--
IC				,068		,080				
Mejora parcial	5	-2,023	5	-1,095	5	-1,753	2	--	2	--
IC		,043		,273		,080				
Mejora total	2	--	4	--	4	--	2	--	2	--
IC										
Recuperación parcial	5	-2,023	5	-1,095	5	-1,753	2	--	2	--
IC		,043		,273		,080		--		
Recuperación total	2	--	3	--	4	--	2	--	2	--
IC										

Z: Valor test de Wilcoxon. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

De las anteriores comparaciones de *Me* se deriva que existen diferencias significativas pre-post en las medidas de Interferencia y calidad de vida para todas las poblaciones y definiciones de abandono con la excepción de las muestras:

- Fobia específica en Interferencia Total (Mejora Parcial y Recuperación Parcial y Total) y en el MQLI en las cuatro definiciones en las que se pudo llevar a cabo el cálculo.
- Fobia social en el MQLI (Juicio del terapeuta, Mejora y Recuperación Parcial).

Los resultados de los TE de las medidas de Interferencia y calidad de vida en los trastornos de ansiedad se presentan en la Tabla 115.

Tabla 115. TE de las diferencias pre-post de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de los trastornos de ansiedad para los que terminan en tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	N		N		N		N		N	
	AGO/TP		Fobia específica		Fobia Social		TAG		TOC	
Duración del Tratamiento	33		31		36		31		12	
Juicio del terapeuta	15		25		23		26		6	
Mejora parcial	23		20		25		21		7	
Mejora total	9		18		19		10		5	
Recuperación parcial	18		18		23		21		6	
Recuperación total	8		15		16		9		4	
	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>	<i>n</i>	<i>g</i>
INTERFERENCIA TOTAL										
Duración del tratamiento	12	0,79	12	0,81	11	1,45	14	2,16	5	1,25
<i>IC</i>	0,30 - 1,27		0,32 - 1,30		0,80 - 2,11		1,43 - 2,89		0,23 - 2,26	
Juicio del terapeuta	8	1,15	8	1,22	9	1,58	13	2,55	4	--
<i>IC</i>	0,44 - 1,85		0,49 - 1,95		0,80 - 2,35		1,69 - 3,42		--	
Mejora parcial	11	0,80	10	0,76	10	1,47	10	2,48	3	--
<i>IC</i>	0,29 - 1,32		0,22 - 1,29		0,77 - 2,17		1,49 - 3,47		--	
Mejora total	4	--	8	1,26	7	1,38	6	2,38	3	--
<i>IC</i>	--		0,52 - 1,99		0,53 - 2,22		1,02 - 3,74		--	
Recuperación parcial	10	0,80	9	0,69	9	1,58	11	2,44	2	--
<i>IC</i>	0,26 - 1,34		0,13 - 1,25		0,80 - 2,35		1,52 - 3,36		----	
Recuperación total	3	--	6	1,24	6	1,55	5	1,63	2	--
<i>IC</i>	--		0,35 - 2,12		0,55 - 2,55		0,44 - 2,81		----	
INTERFERENCIA GLOBAL										
Duración del tratamiento	11	1,27	12	1,64	11	1,97	14	2,14	5	0,96
<i>IC</i>	0,66 - 1,88		0,98 - 2,31		1,18 - 2,76		1,41 - 2,86		0,06 - 1,86	
Juicio del terapeuta	8	2,67	8	1,43	9	2,69	13	2,70	4	--
<i>IC</i>	1,45 - 3,88		0,64 - 2,21		1,56 - 3,82		1,80 - 3,61		-	
Mejora parcial	10	2,43	10	1,50	10	2,22	10	2,56	3	--
<i>IC</i>	1,45 - 3,41		0,79 - 2,20		1,31 - 3,13		1,54 - 3,58		-	
Mejora total	3	--	8	1,60	7	2,09	6	2,13	3	--
<i>IC</i>	--		0,76 - 2,44		0,99 - 3,19		0,88 - 3,37		-	
Recuperación parcial	9	2,96	9	1,29	9	2,68	11	2,51	2	--
<i>IC</i>	1,73 - 4,18		0,59 - 1,98		1,55 - 3,81		1,57 - 3,46		----	
Recuperación total	3	--	6	1,18	6	1,83	5	2,03	2	--
<i>IC</i>	--		0,32 - 2,04		0,71 - 2,95		0,65 - 3,42		----	

Tabla 115. (Continuación).

MQLI										
Duración del tratamiento	5	-1,24	6	-0,84	6	-2,40	4	--	2	--
<i>IC</i>	-2,25 - -0,23		-1,59 - -0,08		-3,76 - -1,03		---		----	
Juicio del terapeuta	4	--	5	-1,01	5	-2,48	3	--	2	--
<i>IC</i>	--		-1,93 - -0,09		-4,09 - -0,86		--		----	
Mejora parcial	5	-1,24	5	-0,98	5	-2,48	2	--	--	--
<i>IC</i>	-2,25 - -0,23		-1,88 - -0,07		-4,09 - -0,86		----		--	
Mejora total	--	--	4	--	4	--	--	--	--	--
<i>IC</i>	----		--		--		----		----	
Recuperación parcial	5	-1,25	5	-0,98	5	-2,48	2	--	--	--
<i>IC</i>	-2,26 - -0,23		-1,88 - -0,07		-4,09 - -0,86		----		----	
Recuperación total	--	--	3	--	4	--	---	--	--	--
<i>IC</i>	----		--		--		----		----	

g: *g* de Hedges; *IC*: Intervalo de Confianza. --: valores no calculados por muestra menor a 5.

Todos los TE obtenidos para este grupo de medidas proceden de muestras pequeñas que no garantizan la fiabilidad de los resultados. Señalada la limitación, los TE obtenidos han sido de magnitud grande en todos los casos salvo en la medida de Interferencia total donde AGO/TP (“Duración del tratamiento”) y fobia específica (“Mejora y Recuperación parcial”) obtuvieron TE de magnitud mediana.

No se han podido calcular los TE en diversas poblaciones debido a su tamaño inferior a 5.

6.2.1.3. COMPARATIVA DE TE DE LAS INVESTIGACIONES DE EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA CON LOS DATOS DE LA UTC_UB

La Tabla 116 presenta el resumen de los TE de las distintas investigaciones de eficacia y utilidad clínica para los distintos trastornos psicológicos estudiados en el presente trabajo y, a su vez, los TE obtenidos en la UTC_UB según las distintas definiciones de terminación para poder facilitar su comparación. Los TE hacen referencia a las medidas específicas de los pacientes que terminaron el tratamiento.

Tabla 116. Comparativa de TE investigaciones eficacia y utilidad clínica con los datos de la UTC_UB (medidas específicas)

Comparativa de TE investigaciones eficacia y utilidad clínica con los datos de la UTC_UB						
	Investigaciones Eficacia	Investigaciones Utilidad Clínica	UTC Duración	UTC Juicio terapeuta	UTC Mejorados	UTC Recuperados
Trastornos de ansiedad						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	1,21 – 1,58	0,90 - 1,91	0,93 (0,78-1,07)	1,14 (0,95-1,33)	1,29 (P) (1,09-1,49) 1,45 (T) (1,20-1,70)	1,48 (P) (1,26-1,70) 1,65 (T) (1,36-1,94)
Mediana	1,3	1,40	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	1,21 – 1,58	0,90 - 1,91	--	--	--	--
AGO / TP						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	1,05 – 1,55	0,83 – 1,23	0,95 (0,63-1,28)	1,66 (0,99-2,33)	1,40 (P) (0,90-1,90) 3,15 (1,62-4,68)	1,70 (P) (1,14-2,26) 2,35 (T) (1,15-3,55)
Mediana	1,39	0,97	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	1,10 – 1,55	0,86 – 1,18	--	--	--	--
Fobia específica						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	1,12 – 1,87	--	0,95 (0,62-1,27)	1,16 (0,74-1,58)	1,29 (P) (0,85-1,73) 1,33 (T) (0,86-1,80)	1,58 (P) (1,06-2,09) 1,55 (T) (0,99-2,12)
Mediana	1,43	--	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	1,12 – 1,87	--	--	--	--	--
Fobia social						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	0,77 – 1,49	0,90 – 1,04	0,89 (0,60-1,19)	1,28 (0,87-1,69)	1,11 (P) (0,74-1,49) 1,22 (T) (0,78-1,66)	1,40 (P) (0,96-1,83) 1,44 (T) (0,92-1,97)
Mediana	1,1	0,97	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	0,91 – 1,27	0,90 – 1,04	--	--	--	--
TAG						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	0,87 – 2,48	0,92	0,96 (0,64-1,28)	1,01 (0,63-1,38)	1,43 (P) (0,92-1,93) 1,86 (T) (0,85-2,87)	1,46 (P) (0,98-1,95) 1,78 (T) (0,88-2,67)
Mediana	1,92	0,92	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	1,57 – 2,19	0,92	--	--	--	--
TEPT						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	0,80 – 1,87	1,91 – 2,59	--	--	--	--
Mediana Rango Real	1,65	2,25	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	1,16 – 1,74	1,91 – 2,59	--	--	--	--
TOC						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	1,39 – 1,90	1,32 – 1,46	1,46 (0,77-2,16)	1,30 (0,40-2,21)	1,48 (P) (0,51-2,46) 1,51 (T) (0,38-2,65)	1,45 (P) (0,35-2,56) -- --
Mediana	1,5	1,39	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	1,44 – 1,84	1,32 – 1,46	--	--	--	--

Tabla 116. (Continuación).

	Investigaciones Eficacia	Investigaciones Utilidad Clínica	UTC Duración	UTC Juicio terapeuta	UTC Mejorados	UTC Recuperados
TAS						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	--	1,15	--	--	--	--
Mediana Rango Real		1,15	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)		1,15	--	--	--	--
	Investigaciones Eficacia	Investigaciones Utilidad Clínica	UTC Duración	UTC Juicio terapeuta	UTC Mejorados	UTC Recuperados
T. Estado de ánimo						
Rango real (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	1,50 – 2,23	1,25	1,26 (0,91-1,61)	1,43 (0,81-2,04)	1,61 (P) (1,18-2,03) 1,61 (T) (1,13-2,09)	1,65 (P) (1,21-2,08) 1,63 (T) (1,12-2,14)
Mediana	1,64	1,25	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	1,54 – 2,23	1,25	--	--	--	--
TCA						
Rango (investigaciones) TE e IC (UTC_UB)	0,45 – 1,68	0,31 – 0,89	1,08 (0,57-1,60)	2,32 (0,79-3,85)	1,48 (P) (0,73-2,23) 1,48 (T) (0,73-2,23)	2,13 (P) (1,11-3,14) 2,13 (T) (1,11-3,15)
Mediana	1,17	0,74	--	--	--	--
Rango Intercuartil (25-75)	0,69 – 1,30	0,31 – 0,89	--	--	--	--

Nota: Todos los TE de las investigaciones de eficacia y utilidad clínica han sido obtenidos de metaanálisis, excepto los de TAS y TCA en investigaciones de utilidad clínica, los cuales se basan en un estudio cada uno.

Una vez comparados los TE obtenidos en las 3 grandes categorías diagnósticas estudiadas (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA) y todas las definiciones de abandono, con los reportados por los MA y estudios analizados en la introducción del presente trabajo, extraemos las siguientes conclusiones:

- Por debajo del rango de las investigaciones de eficacia estuvieron las muestras de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en las definiciones de duración del tratamiento y juicio del terapeuta. En el rango de las investigaciones de eficacia entraron los TE obtenidos por las 3 categorías diagnósticas según las definiciones de mejora parcial y total, por las muestras de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo según la definición de recuperación parcial (y también total en trastornos del estado de ánimo) y por TCA según duración del tratamiento. Por encima del rango de las investigaciones de eficacia estuvieron la muestra de ansiedad en la definición basada en la recuperación total y la muestra de TCA en la misma definición y en las definiciones de juicio del terapeuta y recuperación parcial.
- Ninguno de los TE obtenidos por las muestras de la UTC_UB estuvo por debajo de los TE de las investigaciones de utilidad clínica. En el rango de las investigaciones de utilidad clínica entraron los TE obtenidos por la muestra de ansiedad según las definiciones de duración del tratamiento, juicio del

terapeuta y mejora parcial. El resto de muestras para el resto de definiciones obtuvo TE por encima de los rangos de las investigaciones de utilidad clínica.

Centrándonos en la comparación de los TE obtenidos en los distintos trastornos de ansiedad podemos concluir:

- Por debajo del rango de las investigaciones de eficacia estuvieron las muestras AGO/TP y Fobia específica en la definición de duración del tratamiento y TOC en Juicio del terapeuta. En el rango de las investigaciones de eficacia entraron los TE obtenidos por AGO/TP en mejora parcial, por Fobia social y TAG en todas las definiciones y por Fobia específica y TOC en todas las definiciones excepto las anteriormente comentadas. Por encima del rango de las investigaciones de eficacia estuvo la muestra AGO/TP según las definiciones de juicio del terapeuta, mejora total y recuperación parcial y total.
- Por debajo del rango de las investigaciones de utilidad clínica estuvieron la muestra de fobia social en la definición de duración del tratamiento y TOC en juicio del terapeuta. En el rango de las investigaciones de utilidad clínica, las muestras AGO/TP y TOC en duración del tratamiento. Por encima estuvieron el resto de muestras en las definiciones no mencionadas hasta ahora: AGO/TP, fobia social y TOC (en este último, todas menos duración del tratamiento y juicio del terapeuta) y, TAG (todas). No se dispone de datos de comparación para fobia específica.

Si comparamos los TE de la UTC_UB con los *RIQ* (25-75) comprobamos que hay muy pocas variaciones respecto a lo comentado anteriormente, solo hemos detectado pequeñas variaciones en los *RIQ* de los estudios de eficacia en TCA (mejora parcial y total pasan de estar en el rango a estar por encima), AGO/TP (mejora parcial pasa de estar en el rango a estar por encima), Fobia social (duración pasa a estar por debajo y juicio del terapeuta y recuperación parcial y total pasan a estar por encima) y TAG (duración del tratamiento, juicio del terapeuta y mejora y recuperación parcial pasan de estar en el rango a estar por debajo).

Como ya se explicó en el apartado “Cálculo del Tamaño del Efecto (TE)”, los MA y estudios considerados para comparar los datos obtenidos han variado a la hora de emplear la *d* de Cohen o la *g* de Hedges. Además, los denominadores para estandarizar las diferencias pretest-postest han sido muy variados y han incluido la *DT* pretest, la *DT* conjunta y la *DT* intragrupo que considera la correlación pretest-postest. Para comparar en qué grado difieren los resultados en las medidas específicas con nuestra forma de calcular el TE en comparación con las utilizadas en dichas investigaciones, hemos calculado también la *d* de Cohen basada en diversas *DT* (*DT* intragrupo, *DT* pretest, *DT* conjunta) y la *g* de Hedges basada en la *DT* conjunta. Y esto tanto en los análisis ITT como en los pacientes que terminaron el tratamiento, para cada definición de terminación y para cada grupo diagnóstico y tipo de trastorno de ansiedad (véanse las Tablas de 1 a 14 en el Anexo 5).

Lo que indican los datos sobre el cálculo de los TE con distintas fórmulas es lo siguiente, tomando un valor mayor de 0,1 como indicador de diferencia entre TE:

- En los análisis ITT, nuestros TE son comparables a los obtenidos con otras fórmulas en el 88,9% ($n = 32$) de los casos, aunque en un 11,1% (en los que están implicados los trastornos del estado de ánimo, Fobia Social, TAG y TOC) implican una infravaloración respecto a la fórmula basada en la *DT* pretest. La *Me* de esta infravaloración en los cuatro casos detectados es 0,145 y el *RIQ*, 0,11-0,19.
- En los análisis de los que terminan el tratamiento, según las distintas definiciones y diagnósticos, los resultados han sido similares en el 75% de los casos ($n = 72$), inferiores en el 22,9% ($n = 22$; *Me* de infravaloración = 0,235; *RIQ* = 0,155-0,40) y superiores en el 2,1% ($n = 2$; *Me* de sobrevaloración = 0,205; *RIQ* = 0,12-0,29). Las diferencias se han producido en los grupos de Trastornos del estado de ánimo y TCA.
- En los análisis de los que terminan el tratamiento, según las distintas definiciones y tipos de trastornos de ansiedad, los resultados han sido similares en el 69,8% de los casos ($n = 81$), inferiores en el 27,6% ($n = 32$; *Me* de infravaloración = 0,25; *RIQ* = 0,14-0,37) y superiores en el 2,6% ($n = 3$; *Me* de sobrevaloración = 0,12; *RIQ* = 0,11-0,14). Las diferencias se han producido sobre todo en el grupo de TOC, seguido de AGO/TPO y Fobia específica.
- En los casos en que hay infravaloración, esta se produce porque algunas muestras del presente estudio son pequeñas (esto hace que la *g* de Hedges sea menor que la *d* de Cohem) o porque la *DT* pretest es claramente inferior a la posttest (esto hace que el TE basado en la *DT* intragrupo sea menor que el basado en la *DT* pretest).

En conclusión, los TE calculados en esta investigación proporcionan valores que no son muy distintos en la gran mayoría de los casos a los obtenidos si se aplican las fórmulas utilizadas en otros MA y estudios. Y en los casos en que hay diferencias, estas implican casi siempre una infravaloración al utilizar, como en este estudio, la fórmula de la *g* de Hedges basada en la *DT* intragrupo en comparación a otras fórmulas. Conviene tener esto en cuenta a la hora de comparar los resultados obtenidos en este trabajo con los informados en otros MA y estudios, tal como se ha hecho en la Tabla 116.

6.2.2 SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

En este apartado ofrecemos los datos de significación clínica obtenidos en el presente estudio. En primer lugar ofreceremos los porcentajes de mejora y recuperación obtenidos por todos los clientes que iniciaron el tratamiento (ITT) y, posteriormente los porcentajes de los clientes que lo terminaron según las distintas definiciones de cumplimiento. Calcularemos los porcentajes de clientes que mejoraron y se recuperaron en tres condiciones: al menos parcialmente, solo parcialmente y totalmente. Posteriormente aplicaremos la prueba de Ji cuadrado para comprobar si existen diferencias significativas en mejora y recuperación entre los distintos tipos de trastornos considerados: Trastornos del estado de ansiedad (y tipos de trastornos de ansiedad), Trastornos del estado de ánimo y TCA. Mediremos la magnitud del efecto mediante la prueba V de Cramer.

Dichos análisis los vamos a realizar en las 9 muestras seleccionadas: total; trastornos de ansiedad (AGO/TP; fobia específica; fobia social; TAG; TOC), trastornos del Estado de ánimo y TCA. A partir de las distintas definiciones de terminación existen algunas muestras con menos de 10 sujetos, en estos casos hemos considerado adecuado no realizar el cálculo del porcentaje debido a su baja fiabilidad.

6.2.2.1 PORCENTAJES DE CLIENTES MEJORADOS Y RECUPERADOS EN LA MUESTRA TOTAL Y OTRAS MUESTRAS SEGÚN EL ANÁLISIS ITT

Los porcentajes de clientes que habían conseguido una mejora y una recuperación al menos parcial de sus problemas en la muestra total fueron 39,4% y 35,6% respectivamente. De los mejorados al menos parcialmente, un 13,5% lo hizo solo parcialmente y un 25,9% totalmente. De los recuperados al menos parcialmente un 13,1% lo hizo sólo parcialmente y un 22,5% totalmente (véase Tabla 117). En esta tabla pueden verse también los datos de mejora y recuperación en función del diagnóstico y del tipo de trastorno de ansiedad.

Tabla 117. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según el análisis ITT.

	% Mejorados			% Recuperados		
	Al menos Parcial IC	Solo Parcial IC	Total IC	Al menos Parcial IC	Solo Parcial IC	Total IC
Muestra total (N=533)	39,4 0,35 - 0,44	13,5 0,11-0,16	25,9 0,22-0,30	35,6 0,32 - 0,40	13,1 0,10-0,16	22,5 0,19-0,26
Tr. Ansiedad (n=222)	46,4 0,40-0,53	17,1 0,12-0,22	29,3 0,23-0,35	41,9 0,35-0,48	16,2 0,11-0,21	25,7 0,20-0,31
AGO/TP (n=48)	48 0,34-0,62	29,2 0,16-0,42	18,8 0,08-0,30	37,5 0,24-0,51	20,8 0,09-0,32	16,7 0,06-0,27
Fobia Especifica (n=49)	38,8 0,25-0,52	4,1 -0,02-0,10	34,7 0,21-0,48	36,7 0,23-0,50	6,1 -0,01-0,13	30,6 0,18-0,44
Fobia Social (n=57)	43,8 0,31-0,57	10,5 0,03-0,19	33,3 0,21-0,46	40,4 0,28-0,53	12,3 0,04-0,21	28,1 0,16-0,40
TAG (n=39)	53,8 0,38-0,69	28,2 0,14-0,42	25,6 0,12-0,39	53,8 0,38-0,69	30,7 0,16-0,45	23,1 0,10-0,36
TOC (n=15)	46,6 0,21-0,72	13,3 -0,04-0,31	33,3 0,09-0,57	40,0 0,15-0,65	13,3 -0,04-0,31	26,7 0,04-0,49
Otros trastornos de ansiedad (n=14)	57,1 0,31-0,83	21,4 -0,00-0,43	35,7 0,11-0,61	50,0 0,24-0,76	14,3 -0,04-0,33	35,7 0,11-0,61

Tabla 117. (Continuación).

	% Mejorados			% Recuperados		
	Al menos Parcial IC	Solo Parcial IC	Total IC	Al menos Parcial IC	Solo Parcial IC	Total IC
Tr.Estado de Ánimo (n=73)	42,5 0,31-0,54	9,6 0,03-0,16	32,9 0,22-0,44	41,1 0,30-0,52	11,1 0,04-0,18	30,1 0,20-0,41
TCA (n=35)	31,5 0,16-0,47	2,9 -0,03-0,09	28,6 0,14-0,44	28,6 0,14-0,44	1,1 -0,02-0,05	27,5 0,13-0,42
Otros diagnósticos (n=203)	31,5 0,25-0,38	12,8 0,08-0,17	18,7 0,13-0,24	28,1 0,22-0,34	12,3 0,08-0,17	15,8 0,11-0,21

IC: Intervalo de Confianza; Tr.: Trastornos.

En la Tabla 118 mostramos los resultados de la prueba Ji cuadrado según el análisis ITT para analizar la asociación entre las variables mejora y recuperación por una parte y diagnóstico por otra. La misma asociación se analiza en la Tabla 119, pero con relación a los tipos de trastornos de ansiedad.

Tabla 118. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico según el análisis ITT.

	TR. ANSIEDAD (n =222)	TR. ESTADO DE ÁNIMO (n = 73)	TCA (n = 35)	OTROS (n =203)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	118 (53,2)	42 (57,5)	24 (68,6)	139 (68,5)	$\chi^2 (6)=17,341$
PARCIAL	38 (17,1)	7 (9,6)	1 (2,9)	26 (12,8)	$p=,008$
TOTAL	66 (29,7)	24 (32,9)	10 (28,6)	38 (18,7)	$V=,128$
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	129 (58,1)	43 (58,9)	25 (71,4)	146 (71,9)	$\chi^2 (6)=15,686$
PARCIAL	36 (16,2)	8 (11)	1 (2,9)	25 (12,3)	$p=,016$
TOTAL	57 (25,7)	22 (30,1)	9 (25,7)	32 (15,8)	$V=,121$

*1 casilla (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,44. Los valores p coinciden para χ^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de χ^2 es significativa.

Tabla 119. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad según el análisis ITT.

	AGO/TP (n =48)	FOBIA ESPECÍFICA (n =49)	FOBIA SOCIAL (n =57)	TAG (n = 39)	TOC (n = 15)	OTROS (n =14)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	25 (52,1)	30 (61,2)	32 (56,1)	18 (46,2)	8 (53,3)	6 (42,9)	$\chi^2 (10)=17,873$
PARCIAL	14 (29,2)	2 (4,1)	6 (10,5)	11 (28,2)	2 (13,3)	3 (21,4)	$p=,057$
TOTAL	9 (18,7)	17 (34,7)	19 (33,4)	10 (25,6)	5 (33,4)	5 (35,7)	
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	30 (62,5)	31 (63,3)	34 (59,6)	18 (46,2)	9 (60)	7 (50)	$\chi^2 (10)=13,758$
PARCIAL	10 (20,8)	3 (6,1)	7 (12,3)	12 (30,8)	2 (13,3)	2 (14,3)	$p=,184$
TOTAL	8 (16,7)	15 (30,6)	16 (28,1)	9 (23,1)	4 (26,7)	5 (35,7)	

*4 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,40 (Mejora) y 2,27 (Recuperación). Los valores p coinciden para χ^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de χ^2 es significativa.

La mejora y recuperación al menos parcial fue más frecuente en los trastornos de ansiedad (46,8%) y del estado de ánimo (42,5%) que en TCA (31,4%) y otros diagnósticos (31,5%). La mejora parcial fue más alta en los trastornos de ansiedad, mientras que la total fue más baja en la categoría “otros diagnósticos”. La recuperación parcial fue menos frecuente en TCA, mientras que la total fue más baja en la categoría “otros diagnósticos”. La mejora y la recuperación total fueron más altas que la mejora y recuperación parcial en todos los casos. La magnitud de estas asociaciones fue baja. Por otra parte, no se hallaron diferencias significativas en mejora y recuperación en función del tipo de trastorno de ansiedad, aunque hubo una tendencia a que la mejora al menos parcial fuera más alta en la categoría “otros trastornos de ansiedad”, a que la mejora solo parcial fuera más baja en fobia específica y a que la mejora total fuera más baja en AGO/TP.

6.2.2.2 PORCENTAJES DE CLIENTES MEJORADOS Y RECUPERADOS SEGÚN LAS DISTINTAS DEFINICIONES DE CUMPLIMIENTO PARA LOS CLIENTES QUE TERMINAN EL TRATAMIENTO

Para la definición de cumplimiento basada en la **Duración del tratamiento**, los porcentajes de clientes que habían conseguido una mejora y una recuperación al menos parcial de sus problemas en la muestra total fueron 72% y 65,1% respectivamente. Un 24,7% mejoró solo parcialmente y un 43,1% totalmente. Por otra parte, un 13,1% se recuperó sólo parcialmente y un 22,5% totalmente.

El detalle de todos los porcentajes de mejora y recuperación obtenidos, tanto para la muestra total como para otras, puede observarse en la Tabla 120.

Tabla 120. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición **Duración del tratamiento** para los clientes que terminaron.

Duración del tratamiento	% Mejora			% Recuperación		
	Al menos parcialmente	solo parcial	Total	Al menos parcialmente	Solo parcial	Total
Muestra total (n=292)	72	24,7	47,3	65,1	24	41,1
	IC 0,67-0,77	0,20 - 0,30	0,42 - 0,53	0,60-0,71	0,19 - 0,29	0,36 - 0,47
Tr. Ansiedad (n=153)	67,9	24,8	43,1	60,8	23,5	37,3
	IC 0,61-0,75	0,18 - 0,32	0,35 - 0,51	0,53-0,69	0,17 - 0,30	0,30 - 0,45
AGO/TP (n=33)	69,7	42,4	27,3	54,5	30,3	24,2
	IC 0,54-0,85	0,25 - 0,59	0,12 - 0,43	0,38-0,72	0,15 - 0,46	0,10 - 0,39
Fobia específica (n=31)	64,6	6,5	58,1	58,1	9,7	48,4
	IC 0,48-0,81	-0,02 - 0,15	0,41 - 0,76	0,41-0,76	-0,01 - 0,20	0,31 - 0,66
Fobia Social (n=36)	69,5	16,7	52,8	63,8	19,4	44,4
	IC 0,55-0,85	0,05 - 0,29	0,37 - 0,69	0,48-0,80	0,07 - 0,32	0,28 - 0,61
TAG (n=31)	67,8	35,5	32,3	67,7	38,7	29
	IC 0,51-0,84	0,19 - 0,52	0,16 - 0,49	0,51-0,84	0,22 - 0,56	0,13 - 0,45

Tabla 120. (Continuación).

Duración del tratamiento	% Mejora			% Recuperación		
	Al menos parcialmente	solo parcial	Total	Al menos parcialmente	Solo parcial	Total
TOC (n=12)	58,4	16,7	41,7	50	16,7	33,3
	IC 0,31-0,86	-0,04 – 0,38	0,14 – 0,70	0,22-0,78	-0,04 – 0,38	0,07 – 0,60
Otros Tr. de Ansiedad (n=10)	80	30	50	70	20	50
	IC 0,55-1,05	0,02 – 0,58	0,19 – 0,81	0,42-0,98	-0,05 – 0,45	0,19 – 0,81
Tr.Estado de Ánimo (n=39)	79,4	17,9	61,5	76,9	20,5	56,4
	IC 0,67-0,92	0,06 – 0,30	0,46 – 0,77	0,64-0,90	0,08 – 0,33	0,41 – 0,72
TCA (n=18)	61,2	5,6	55,6	55,6	5,6	50
	IC 0,39-0,84	-0,05 – 0,16	0,33 – 0,79	0,33-0,79	-0,05 – 0,16	0,27 – 0,73
Otros Diagnósticos (n=82)	78,0	31,7	46,3	69,5	30,5	39,0
	IC 0,69-0,87	0,22 – 0,42	0,36 – 0,57	0,60-0,80	0,21 – 0,41	0,28 – 0,50

IC: Intervalo de Confianza; Tr.: Trastornos.

A continuación mostramos los resultados de las pruebas Ji cuadrado (véanse Tablas 121 y 122).

Tabla 121. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición de **Duración del tratamiento**.

	TR. ANSIEDAD (n =153)	TR. ESTADO DE ÁNIMO (n = 39)	TCA (n = 18)	OTROS (n = 82)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	49 (32)	8 (20,5)	7 (38,9)	18 (22)	$X^2 (6)=11,029$ $p=,087$
PARCIAL	38 (24,8)	7 (17,9)	1 (5,6)	26 (31,7)	
TOTAL	66 (43,1)	24 (61,5)	10 (55,6)	38 (46,3)	
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	60 (39,2)	9 (23,1)	8 (44,4)	25 (30,5)	$X^2 (6)=10,717^a$ $p=,098$
PARCIAL	36 (23,5)	8 (20,5)	1 (5,6)	25 (30,5)	
TOTAL	57 (37,3)	22 (56,4)	9 (50)	32 (39)	

*1 casilla (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,44. Los valores p coinciden para X^2 y para V de Cramer. **Valor dado cuando la prueba de X^2 es significativa.

Tabla 122. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición **Duración del tratamiento**.

	AGO/TP (n =33)	FOBIA ESPECÍFICA (n =31)	FOBIA SOCIAL (n =36)	TAG (n = 31)	TOC (n = 12)	OTROS (n =10)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	10 (30,3)	11 (35,5)	11 (30,6)	10 (32,3)	5 (41,7)	2 (20)	$X^2 (10)=17,380$ $p=,066$
PARCIAL	14 (42,4)	2 (6,5)	6 (16,7)	11 (35,5)	2 (16,7)	3 (30)	
TOTAL	9 (27,3)	18 (58,1)	19 (52,8)	10 (32,3)	5 (41,7)	5 (50)	
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	15 (45,5)	13 (41,9)	13 (36,1)	10 (32,3)	6 (50)	3 (30)	$X^2 (10)=12,264$ $p=,268$
PARCIAL	10 (30,3)	3 (9,7)	7 (19,4)	12 (38,7)	2 (16,7)	2 (20)	
TOTAL	8 (24,2)	15 (48,4)	16 (44,4)	9 (29)	4 (33,3)	5 (50)	

*5 casillas (27,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 2,48 (Mejora). 6 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 2,35 (Recuperación). **Valor dado cuando la prueba de X^2 es significativa.

Hubo una tendencia a que la mejora y recuperación al menos parcial fuera más frecuente en los trastornos del estado de ánimo y en la categoría “otros diagnósticos” y a que la mejora al menos parcial fuera menos frecuente en el TOC y más en la categoría “otros trastornos de ansiedad”. Sin embargo, las diferencias no fueron significativas.

Siguiendo con los cálculos de los porcentajes para la definición basada en el **Juicio del terapeuta**, estos no han podido llevarse a cabo en las muestras TCA y TOC debido a su pequeño tamaño muestral.

Los porcentajes de clientes que habían alcanzado una mejora y una recuperación al menos parcial de sus problemas en la muestra total fue del 77% y 74% respectivamente. Un 20,5% mejoró solo parcialmente y un 56,5% totalmente. Un 22,4% se recuperó solo parcialmente y un 51,6% totalmente. El detalle de todos los porcentajes de mejora y recuperación obtenidos, tanto para la muestra total como para otras, puede observarse en la Tabla 123.

Tabla 123. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición **Juicio del terapeuta** para los clientes que terminaron.

Juicio del terapeuta	% Mejora			% Recuperación		
	Al menos parcial	Solo parcial	Total	Al menos parcial	Solo parcial	Total
Muestra total (n=161)	77	20,5	56,5	74	22,4	51,6
	IC 0,71-0,84	0,14 – 0,27	0,49 – 0,64	0,67-0,81	0,16 – 0,29	0,44 – 0,59
Tr. Ansiedad (n=102)	73,5	18,6	54,9	70,6	20,6	50
	IC 0,65-0,82	0,11 – 0,26	0,45 – 0,65	0,62-0,79	0,13 – 0,28	0,40 – 0,60
AGO/TP (n=15)	86,7	46,7	40	80	40	40
	IC 0,70-1,04	0,22 - 0,72	0,15 - 0,65	0,60-1,00	0,15 - 0,65	0,15 - 0,65
Fobia específica (n=25)	60	0	60	60	4	56
	IC 0,41-0,79	0-0	0,41 - 0,79	0,41-0,79	-0,04 - 0,12	0,37 – 0,76
Fobia Social (n=23)	78,3	8,7	69,6	78,3	17,4	60,9
	IC 0,62-0,95	-0,03 – 0,20	0,51 – 0,88	0,62-0,95	0,02 – 0,33	0,41 – 0,81
TAG (n=26)	65,4	26,9	38,5	65,4	30,8	34,6
	IC 0,47-0,84	0,10 – 0,44	0,20 – 0,57	0,47-0,84	0,13 – 0,49	0,16 – 0,53
TOC (n=6)	--	--	--	--	--	--
	IC --	--	--	--	--	--
Otros Tr. ansiedad (n=7)	100	42,9	57,1	85,7	28,6	57,1
	IC 1,00-1,00	0,06 – 0,80	0,20 – 0,94	0,60-1,17	-0,05 – 0,62	0,20 – 0,94
Tr.Estado de Ánimo (n=13)	100	23,1	76,9	100	23,1	76,9
	IC 1,00-1,00	0,00 – 0,46	0,54 – 1,00	1,00-1,00	0,00 – 0,46	0,54 – 1,00
TCA (n=6)	--	--	--	--	--	--
	IC --	--	--	--	--	--
Otros diagnósticos (n=40)	80	27,5	52,5	75	30	45
	IC 0,68-0,92	0,14-0,41	0,37-0,68	0,62-0,88	0,16-0,44	0,30-0,60

IC: Intervalo de Confianza; Tr.: Trastornos.

Las Tablas 124 y 125 muestran los resultados de las pruebas Ji cuadrado.

Tabla 124. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición de **Juicio del terapeuta**.

	TR. ANSIEDAD (n =102)	TR. ESTADO DE ÁNIMO (n = 13)	TCA (n = 6)	OTROS (n = 40)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	27 (26,5)	0 (0)	--	8 (20)	$\chi^2 (6)=7,594$ $p=,269$
PARCIAL	19 (18,6)	3 (23,1)	--	11 (27,5)	
TOTAL	56 (54,9)	10 (76,9)	--	21 (52,5)	
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	30 (29,4)	0 (0)	--	10 (25)	$\chi^2 (6)=8,764$ $p=,187$
PARCIAL	21 (20,6)	3 (23,1)	--	12 (30)	
TOTAL	51 (50)	10 (76,9)	--	18 (45)	

*5 casilla (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 1,23 (Mejora). *5 casillas (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 1,34 (Recuperación). **Valor dado cuando la prueba de χ^2 es significativa.

Tabla 125. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición **Juicio del terapeuta**.

	AGO/TP (n =15)	FOBIA ESPECÍFICA (n =25)	FOBIA SOCIAL (n =23)	TAG (n = 26)	TOC (n = 6)	OTROS (n =7)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	2 (13,3)	10 (40)	5 (21,7)	9 (34,6)	--	0 (0)	$\chi^2 (10)=25,909$ $p=,004$ $V = ,356$
PARCIAL	7 (46,7)	0 (0)	2 (8,7)	7 (26,9)	--	3 (42,9)	
TOTAL	6 (40)	15 (60)	16 (69,6)	10 (38,5)	--	4 (57,1)	
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	3 (20)	10 (40)	5 (21,7)	9 (34,6)	--	1 (14,3)	$\chi^2 (10)=14,301$ $p=,160$
PARCIAL	6 (40)	1 (4)	4 (17,4)	8 (30,8)	--	2 (28,6)	
TOTAL	6 (40)	14 (56)	14 (60,9)	9 (34,6)	--	4 (57,1)	

*11 casillas (61,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 1,12 (Mejora). 9 casillas (50%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 1,24 (Recuperación). **Valor dado cuando la prueba de χ^2 es significativa.

No hubo asociaciones significativas entre las variables mejora y recuperación por una parte y diagnóstico por otra, aunque sí la hubo entre mejora y tipo de trastornos de ansiedad. La mejora al menos parcial fue más frecuente en la categoría Otros trastornos de ansiedad, la mejora parcial fue menos probable en Fobia específica y Fobia social y la Mejora total fue más frecuente en Fobia social, Fobia específica y Otros.

Para la definición de **Mejora parcial**, y en consonancia con esta, el porcentaje de clientes mejorados al menos parcialmente fue del 100% en todas las muestras estudiadas (la muestra TOC no se incluyó en los análisis de porcentajes debido a su bajo tamaño). En la muestra total hubo un 34,3% de clientes mejorados sólo parcialmente y un 65,7% mejorados totalmente. Los recuperados al menos parcialmente fueron un 90,4%; el 33,3% se recuperaron sólo parcialmente y el 57,1% totalmente. El detalle de todos los porcentajes

de mejora y recuperación obtenidos, tanto para la muestra total como para otras muestras, puede observarse en la Tabla 126.

Tabla 126. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición **Mejora Parcial** para los clientes que terminaron.

Mejora parcial	% Mejora			% Recuperación		
	Al menos parcial	Solo parcial	Total	Al menos parcial	Solo parcial	Total
Muestra total (n=210)						
%	100	34,3	65,7	90,4	33,3	57,1
IC	1,00-1,00	0,28 – 0,41	0,59 – 0,72	0,86-0,94	0,27 – 0,40	0,50 – 0,64
Tr. Ansiedad (n=104)						
%	100	36,5	63,5	89,4	34,6	54,8
IC	1,00-1,00	0,27 – 0,46	0,54 – 0,73	0,84-0,95	0,26 – 0,44	0,45 – 0,64
AGO/TP (n=23)						
%	100	60,9	39,1	78,3	43,5	34,8
IC	1,00-1,00	0,41 - 0,81	0,19 – 0,59	0,62-0,95	0,23 – 0,64	0,15 – 0,54
Fobia específica (n=20)						
%	100	10	90	90	15	75
IC	1,00-1,00	-0,03 – 0,23	0,77 – 1,03	0,77-1,03	-0,01 – 0,30	0,56 – 0,94
Fobia Social (n=25)						
%	100	24	76	92	28	64
IC	1,00-1,00	0,07 – 0,41	0,59 – 0,93	0,81-1,03	0,10 – 0,46	0,45 – 0,83
TAG (n=21)						
%	100	52,4	47,6	100	57,1	42,9
IC	1,00-1,00	0,31 – 0,74	0,26 – 0,69	1,00-1,00	0,36 – 0,78	0,22 – 0,64
TOC (n=7)						
%	--	--	--	--	--	--
IC	--	--	--	--	--	--
Otros Tr. ansiedad (n=8)						
%	100	37,5	62,5	87,5	25	62,5
IC	1,00-1,00	0,04 – 0,71	0,29 – 0,96	0,65-1,10	-0,05 – 0,55	0,29 – 0,96
Tr.Estado de Ánimo (n=31)						
%	100	22,6	77,4	96,8	25,8	71
IC	1,00-1,00	0,08 – 0,37	0,63 – 0,92	0,91-1,03	0,10 – 0,41	0,55 – 0,87
TCA (n=11)						
%	100	9,1	90,9	90,9	9,1	81,8
IC	1,00-1,00	-0,08 – 0,26	0,74 – 1,08	0,74-1,08	-0,08 – 0,26	0,59 – 1,05
Otros diagnósticos (n=64)						
%	100	40,6	59,4	89,1	39,1	50
IC	1,00-1,00	0,29 – 0,53	0,47 – 0,71	0,82-0,97	0,27 – 0,51	0,38 – 0,62

IC: Intervalo de Confianza; Tr.: Trastorno.

A continuación, en las Tablas 127 y 128 mostramos los resultados de las pruebas Ji cuadrado.

Tabla 127. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición **Mejora Parcial**.

	TR. ANSIEDAD (n =104)	TR. ESTADO DE ÁNIMO (n = 31)	TCA (n =11)	OTROS (n =64)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	X ² (3)=6,360 p=,095
PARCIAL	38 (36,5)	7 (22,6)	1 (9,1)	26 (40,6)	
TOTAL	66 (63,5)	24 (77,4)	10 (90,9)	38 (59,4)	

Tabla 127. (Continuación).

	TR. ANSIEDAD (n =104)	TR. ESTADO DE ÁNIMO (n = 31)	TCA (n =11)	OTROS (n =64)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	11 (10,6)	1 (3,2)	1 (9,1)	7 (10,9)	X ² (6)=7,576 p=,271
PARCIAL	36 (34,6)	8 (25,8)	1 (9,1)	25 (39,1)	
TOTAL	57 (54,8)	22 (71)	9 (81,8)	32 (50)	

*1 casilla (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 3,77 (Mejora). *3 casillas (25%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 1,05 (Recuperación). **Valor dado cuando la prueba de X² es significativa.

Tabla 128. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición **Mejora Parcial**.

	AGO/TP (n =23)	FOBIA ESPECÍFICA (n =20)	FOBIA SOCIAL (n =25)	TAG (n = 21)	TOC (n = 7)	OTROS (n =8)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	--	0 (0)	X ² (10)=15,837 p=,104
PARCIAL	14 (60,9)	2 (10)	6 (24)	11 (52,4)	--	3 (37,5)	
TOTAL	9 (39,1)	18 (90)	19 (76)	10 (47,6)	--	5 (62,5)	
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	5 (21,7)	2 (10)	2 (8)	0 (0)	--	1 (12,5)	X ² (10)=15,837 p=,104
PARCIAL	10 (43,5)	3 (15)	7 (28)	12 (57,1)	--	2 (25)	
TOTAL	8 (34,8)	15 (75)	16 (64)	9 (42,9)	--	5 (62,5)	

*3 casillas (25%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 2,56 (Mejora). 10 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 0,74 (Recuperación). **Valor dado cuando la prueba de X² es significativa.

Hubo una tendencia a que la mejora al menos parcial fuera más frecuente en los trastornos de ansiedad y en la categoría “otros diagnósticos” y a que la mejora total fuera más frecuente en TCA. Sin embargo, los resultados de las pruebas de Ji cuadrado indican que no existen diferencias significativas en los porcentajes de Mejorados y Recuperados en función del diagnóstico o del tipo de trastorno de ansiedad.

Para la definición de **Mejora total**, y de acuerdo con esta, el porcentaje de clientes mejorados totalmente fue del 100% en todas las muestras estudiadas. Comentaremos pues los porcentajes de pacientes recuperados, aunque no se pudieron calcular los porcentajes para las muestras AGO/TP y TOC debido a su bajo tamaño.

En la muestra total hubo un 92,1% de recuperados al menos parcialmente; un 5,1% se recuperaron solo parcialmente y el 87% totalmente. El detalle de todos los porcentajes de mejora y recuperación obtenidos, tanto para la muestra total como para otras, puede observarse en la Tabla 129.

Tabla 129. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición **Mejora Total** para los clientes que terminaron

Mejora total	% Mejora			% Recuperación		
	Al menos parcial	Solo parcial	Total	Al menos parcial	Solo parcial	Total
Muestra total (n=138)	% 100	0	100	92,1	5,1	87
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	0,88-0,97	0,01-0,09	0,81-0,93
Tr. Ansiedad (n=66)	% 100	0	100	94	7,6	86,4
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	0,88-1,00	0,01-0,14	0,78-0,95
AGO/TP (n=9)	% --	--	--	--	--	--
	IC --	--	--	--	--	--
Fobia específica (n=18)	% 100	0	100	88,9	5,6	83,3
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	0,74-1,03	-0,05-0,16	0,66-1,01
Fobia Social (n=19)	% 100	0	100	94,7	10,5	84,2
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	0,85-1,05	-0,03-0,24	0,68-1,01
TAG (n=10)	% 100	0	100	100	10	90
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	1,00-1,00	-0,09-0,29	0,71-1,09
TOC (n=5)	% --	--	--	--	--	--
	IC --	--	--	--	--	--
Otros Tr. ansiedad (n=5)	% 100	0	100	100	0	100
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	1,00-1,00	0-0	1,00-1,00
Tr.Estado de Ánimo (n=24)	% 100	0	100	95,9	4,2	91,7
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	0,88-1,04	-0,04-0,12	0,81-1,03
TCA (n=10)	% 100	0	100	90	0	90
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	0,71-1,09	0-0	0,71-1,09
Otros diagnósticos (n=38)	% 100	0	100	86,8	2,6	84,2
	IC 1,00-1,00	0-0	1,00-1,00	0,76-0,98	-0,03-0,08	0,73-0,96

IC: Intervalo de Confianza; Tr.: Trastorno.

Las Tablas 130 y 131 muestran los resultados de las pruebas Ji cuadrado.

Tabla 130. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables recuperación y diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición **Mejora Total**.

	TR. ANSIEDAD (n = 66)	TR. ESTADO DE ÁNIMO (n = 24)	TCA (n = 10)	OTROS (n = 38)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	4 (6,1)	1 (4,2)	1 (10)	5 (13,2)	$\chi^2 (6)=3,987$ $p=,678$
PARCIAL	5 (7,6)	1 (4,2)	0 (0)	1 (2,6)	
TOTAL	57 (86,4)	22 (91,7)	9 (90)	32 (84,2)	

*7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es ,51. **Valor dado cuando la prueba de χ^2 es significativa.

Tabla 131. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre las variables recuperación y tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición **Mejora Total**.

	AGO/TP (n=9)	FOBIA ESPECÍFICA (n=18)	FOBIA SOCIAL (n=19)	TAG (n=10)	TOC (n=5)	OTROS (n=5)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	0 (0)	2 (11,1)	1 (5,3)	0 (0)	--	--	$\chi^2 (10)=5,316$ $p=,869$
PARCIAL	1 (11,1)	1 (5,6)	2 (10,5)	1 (10)	--	--	
TOTAL	8 (88,9)	15 (83,3)	16 (84,2)	9 (90)	--	--	

*14 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es ,30. **Valor dado cuando la prueba de χ^2 es significativa.

Los resultados de las pruebas de Ji cuadrado indican que no existen diferencias significativas en los porcentajes de Recuperados en función del diagnóstico o del tipo de trastorno de ansiedad.

Para la definición basada en la **Recuperación parcial** el porcentaje de clientes mejorados y recuperados al menos parcialmente fue del 100% en todas las muestras estudiadas. En la muestra total el porcentaje de cliente mejorados sólo parcialmente fue un 33,2% y totalmente un 66,3%. Los recuperados solo parcialmente fueron un 36,8% y totalmente un 63,2%. El detalle de todos los porcentajes de mejora y recuperación obtenidos, tanto para la muestra total como para otras, puede observarse en la Tabla 132.

Tabla 132. Porcentajes de clientes mejorados y recuperados en la muestra total y otras muestras según la definición **Recuperación Parcial** para los clientes que terminaron.

Recuperación parcial	% Mejora			% Recuperación		
	Al menos parcial	Solo parcial	Total	Al menos parcial	Solo parcial	Total
Muestra total (n=190)	% 100	33,2	66,3	100	36,8	63,2
	IC 1,00-1,00	0,27 – 0,40	0,60 – 0,73	1,00-1,00	0,30 – 0,44	0,56 – 0,70
Tr. Ansiedad (n=93)	% 100	33,3	65,6	100	38,7	61,3
	IC 1,00-1,00	0,24 – 0,43	0,56 – 0,75	1,00-1,00	0,29 – 0,49	0,51 – 0,71
AGO/TP (n=18)	% 100	50	50	100	55,6	44,4
	IC 1,00-1,00	0,27 – 0,73	0,27 – 0,73	1,00-1,00	0,33 – 0,79	0,21 – 0,67
Fobia específica (n=18)	% 100	11,1	83,3	100	16,7	83,3
	IC 1,00-1,00	-0,03 – 0,26	0,66 – 1,01	1,00-1,00	-0,01 - 0,34	0,66 – 1,01
Fobia Social (n=23)	% 100	21,7	78,3	100	30,4	69,6
	IC 1,00-1,00	0,05 – 0,39	0,62 – 0,95	1,00-1,00	0,12 – 0,49	0,51 – 0,88
TAG (n=21)	% 100	52,4	47,6	100	57,1	42,9
	IC 1,00-1,00	0,31 – 0,74	0,26 – 0,69	1,00-1,00	0,36 – 0,78	0,22 – 0,64
TOC (n=6)	% --	--	--	--	--	--
	IC --	--	--	--	--	--
Otros Tr. ansiedad (n=7)	% 100	28,6	71,4	100	28,6	71,4
	IC 1,00-1,00	-0,05 – 0,62	0,38 – 1,05	1,00-1,00	-0,05 – 0,62	0,38 – 1,05

Tabla 132. (Continuación).

Recuperación parcial	% Mejora			% Recuperación		
	Al menos parcial	Solo parcial	Total	Al menos parcial	Solo parcial	Total
Tr.Estado de Ánimo (n=30)	% 100	23,3	76,6	100	26,7	73,3
	IC 1,00-1,00	0,08 – 0,38	0,61 – 0,92	1,00-1,00	0,11 – 0,43	0,58 – 0,89
TCA (n=10)	% 100	10	90	100	10	90
	IC 1,00-1,00	-0,09 – 0,29	0,71 – 1,09	1,00-1,00	-0,09 – 0,29	0,71 – 1,09
Otros diagnósticos (n=57)	% 100	42,1	57,9	100	43,9	56,1
	IC 1,00-1,00	0,29 – 0,55	0,45 – 0,71	1,00-1,00	0,31 – 0,57	0,43 – 0,69

IC: Intervalo de Confianza; Tr.: Trastorno.

A continuación, en las Tablas 133 y 134 mostramos los resultados de las pruebas Ji cuadrado.

Tabla 133. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable diagnóstico en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición **Recuperación Parcial**.

	TR. ANSIEDAD (n =93)	TR. ESTADO DE ÁNIMO (n = 30)	TCA (n = 10)	OTROS (n = 57)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	$X^2 (3)=5,786$ $p=,122$
PARCIAL	31 (33,3)	7 (23,3)	1 (10)	24 (42,1)	
TOTAL	62 (66,7)	23 (76,7)	9 (90)	33 (57,9)	
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	$X^2 (3)=5,777$ $p=,123$
PARCIAL	36 (38,7)	8 (26,7)	1 (10)	25 (43,9)	
TOTAL	57 (61,3)	22 (73,3)	9 (90)	32 (56,1)	

*1 casilla (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 3,32 (Mejora). *1 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 3,68 (Recuperación). **Valor dado cuando la prueba de X^2 es significativa.

Tabla 134. Prueba de ji cuadrado de la asociación entre determinadas variables (mejora y recuperación) y la variable tipo de trastorno de ansiedad en los pacientes que terminan el tratamiento según la definición **Recuperación Parcial**.

	AGO/TP (n =18)	FOBIA ESPECÍFICA (n =18)	FOBIA SOCIAL (n =23)	TAG (n = 21)	TOC (n = 6)	OTROS (n =7)	Ji Cuadrado* V de Cramer**
MEJORA	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO MEJORA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	--	--	$X^2 (5)=11,141$ $p=,049$ $V=346$
PARCIAL	9 (50)	2 (11,1)	5 (21,7)	11 (52,4)	--	--	
TOTAL	9 (50)	16 (88,9)	18 (78,3)	10 (47,6)	--	--	
RECUPERACIÓN	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
NO RECUPERA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	--	--	$X^2 (10)=9,887$ $p=,078$
PARCIAL	10 (55,6)	3 (16,7)	7 (30,4)	12 (57,1)	--	--	
TOTAL	8 (44,4)	15 (83,3)	16 (69,6)	9 (42,9)	--	--	

*4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 2,00 (Mejora). 4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5; la frecuencia mínima esperada es 2,32 (Recuperación). **Valor dado cuando la prueba de X^2 es significativa.

Los resultados de las pruebas de Ji cuadrado indican que no existen diferencias significativas en los porcentajes de Mejorados y Recuperados en función del diagnóstico. En cambio, la mejora parcial fue más frecuente en AGO/TP y TAG que en fobia específica y fobia social, mientras que lo contrario ocurrió en mejora total. No hubo diferencias significativas en recuperación, aunque sí una tendencia al mismo patrón comentado para la mejora parcial y total.

Para la definición de terminación basada en la **Recuperación total**, y acorde con lo que marca esta última, el 100% de los clientes que completaron el tratamiento habían mejorado y se habían recuperado totalmente en todas las muestras analizadas.

La Tabla 135 muestra una comparativa a modo de resumen de los porcentajes de clientes mejorados y recuperados en las distintas muestras según las diferentes definiciones de terminación.

Tabla 135. Comparativa de los porcentajes de clientes mejorados y recuperados al menos parcialmente según las distintas definiciones de cumplimiento para los clientes que terminan el tratamiento.

	Definiciones de cumplimiento											
	Duración tratamiento		Juicio del terapeuta		Mejora Parcial		Mejora Total		Recuperación Parcial		Recuperación Total	
	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R
Muestra total	<i>n</i>	292		161		210		138		190		120
	%	72	65,1	77	74	100	90,4	100	92,1	100	100	100
	<i>IC</i>	0,67-0,77	0,60-0,71	0,71-0,84	0,67-0,81	1,00-1,00	0,86-0,94	1,00-1,00	0,88-0,97	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00
Tr. Ansiedad	<i>n</i>	153		102		104		66		93		57
	%	67,9	60,8	73,5	70,6	100	89,4	100	94	100	100	100
	<i>IC</i>	0,61-0,75	0,53-0,69	0,65-0,82	0,62-0,79	1,00-1,00	0,84-0,95	1,00-1,00	0,88-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00
AGO/TP	<i>n</i>	33		15		23		9		18		8
	%	69,7	54,5	86,7	80	100	78,3	--	--	100	100	--
	<i>IC</i>	0,54-0,85	0,38-0,72	0,70-1,04	0,60-1,00	1,00-1,00	0,62-0,95	--	--	1,00-1,00	1,00-1,00	--
Fobia específica	<i>n</i>	31		25		20		18		18		15
	%	64,6	58,1	60	60	100	90	100	88,9	100	100	100
	<i>IC</i>	0,48-0,81	0,41-0,76	0,41-0,79	0,41-0,79	1,00-1,00	0,77-1,03	1,00-1,00	0,74-1,03	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00
Fobia Social	<i>n</i>	36		23		25		19		23		16
	%	69,5	63,8	78,3	78,3	100	92	100	94,7	100	100	100
	<i>IC</i>	0,55-0,85	0,48-0,80	0,62-0,95	0,62-0,95	1,00-1,00	0,81-1,03	1,00-1,00	0,85-1,05	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00
TAG	<i>n</i>	31		26		21		10		21		9
	%	67,8	67,7	65,4	65,4	100	100	100	100	100	100	--
	<i>IC</i>	0,51-0,84	0,51-0,84	0,47-0,84	0,47-0,84	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00	--
TOC	<i>n</i>	12		6		7		5		6		4
	%	58,4	50	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	<i>IC</i>	0,31-0,86	0,22-0,78	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Otros Tr ansiedad	<i>n</i>	12		6		7		5		6		4
	%	80	70	100	85,7	100	87,5	100	100	100	100	--
	<i>IC</i>	0,55-1,05	0,42-0,98	1,00-1,00	0,60-1,17	1,00-1,00	0,65-1,10	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00	--
Tr.Estado de Ánimo	<i>n</i>	39		13		31		24		30		22
	%	79,4	76,9	100	100	100	96,8	100	95,9	100	100	100
	<i>IC</i>	0,67-0,92	0,64-0,90	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00	0,91-1,03	1,00-1,00	0,88-1,04	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00
TCA	<i>n</i>	18		6		11		10		10		9
	%	61,2	55,6	--	--	100	90,9	100	90	100	100	--
	<i>IC</i>	0,39-0,84	0,33-0,79	--	--	1,00-1,00	0,74-1,08	1,00-1,00	0,71-1,09	1,00-1,00	1,00-1,00	--
Otros diagnósticos	<i>n</i>	18		6		11		10		10		9
	%	78,0	69,5	80	75	100	59,4	100	89,1	100	100	100
	<i>IC</i>	0,69-0,87	0,60-0,80	0,68-0,92	0,62-0,88	1,00-1,00	0,47-0,71	1,00-1,00	0,82-0,97	1,00-1,00	1,00-1,00	1,00-1,00

M: Porcentaje Mejorados; **R:** Porcentaje Recuperados; **IC:** Intervalo de Confianza.

6.2.2.3. COMPARATIVA DE LOS PORCENTAJES DE CLIENTES MEJORADOS Y RECUPERADOS DE LAS INVESTIGACIONES DE EFICACIA Y UTILIDAD CLÍNICA CON LOS DATOS DE LA UTC_UB

En las Tablas 136, 137, 138 y 139 se presentan los porcentajes de clientes mejorados (al menos parcialmente y totalmente) y recuperados (al menos parcialmente y totalmente) en la UTC_UB en diversas poblaciones y según todas las definiciones de terminación, junto con los que se obtuvieron en distintos MA y estudios de eficacia y utilidad clínica. Hemos excluido las categorías “Otros diagnósticos” y “otros trastornos de ansiedad” debido a que no teníamos datos al respecto.

Tabla 136. Comparativa de los porcentajes de clientes **mejorados** al menos parcialmente en la UTC_UB con los mejorados en las investigaciones de eficacia y utilidad clínica.

		UTC_UB							
		Eficacia	Utilidad clínica	Duración del tratamiento	Juicio del terapeuta	Mejora parcial	Mejora total	Recuperación parcial	Recuperación total
Tr. Ansiedad	% IC		43-79,3	67,9 0,61-0,75	73,5 0,65-0,82	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	Me Rango real		62						
	RIQ (25-75)		43-79,3						
AGO/TP	% IC	63,3-80	42,9 – 91,3	69,7 0,54-0,85	86,7 0,70-1,04	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	Me Rango real	66	83,5						
	RIQ (25-75)	63,3-80	42,9 – 91,3						
Fobia específica	% IC	80	90	64,6 0,48-0,81	60 0,41-0,79	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	Me Rango real	80	90						
	RIQ (25-75)	80	90						
Fobia social	% IC	68	56-64,1	69,5 0,55-0,85	78,3 0,62-0,95	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	Me Rango real	68	61,1						
	RIQ (25-75)	68	56-64,1						
TAG	% IC	40-82	11-59	67,8 0,51-0,84	65,4 0,47-0,84	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	Me Rango real	52,1	17						
	RIQ (25-75)	40-82	11 -59						
TOC	% IC	51-72	48-86	58,4 0,31-0,86	-- --	-- --	-- --	-- --	-- --
	Me Rango real	62,7	66						
	RIQ (25-75)	52,4-71,2	48,1 – 80,5						
Trastornos del estado de ánimo	% IC	50,8-57,5	48-76,9	79,4 0,67-0,92	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	Me Rango real	55	56,6						
	RIQ (25-75)	51,4-57,4	49,1 - 73						
TCA	% IC		55,9 – 79,6	61,2 0,39-0,84	-- --	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	-- --
	Me Rango real		73						
	RIQ (25-75)		55,9 – 79,6						

IC: Intervalo de Confianza; Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil.

Tabla 137. Comparativa de los porcentajes de clientes **mejorados** totalmente en la UTC_UB con los mejorados en las investigaciones de eficacia y utilidad clínica.

		UTC_UB							
		Eficacia	Utilidad clínica	Duración del tratamiento	Juicio del terapeuta	Mejora parcial	Mejora total	Recuperación parcial	Recuperación total
Tr. Ansiedad	% IC		43-79,3	43,1 0,35 – 0,51	54,9 0,45 – 0,65	63,5 0,54 – 0,73	100 1,00 – 1,00	65,6 0,56 – 0,75	100 1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real		62						
	<i>RIQ</i> (25-75)		43-79,3						
AGO/TP	% IC	63,3-80	42,9 – 91,3	27,3 0,12 – 0,43	40 0,15 - 0,65	39,1 0,19 – 0,59	-- --	50 0,27 – 0,73	-- --
	<i>Me</i> Rango real	66	83,5						
	<i>RIQ</i> (25-75)	63,3-80	42,9 – 91,3						
Fobia específica	% IC	80	90	58,1 0,41 – 0,76	60 0,41 - 0,79	90 0,77 – 1,03	100 1,00 – 1,00	83,3 0,66 – 1,01	100 1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	80	90						
	<i>RIQ</i> (25-75)	80	90						
Fobia social	% IC	68	56-64,1	52,8 0,37 – 0,69	69,6 0,51 – 0,88	76 0,59 – 0,93	100 1,00 – 1,00	78,3 0,62 – 0,95	100 1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	68	61,1						
	<i>RIQ</i> (25-75)	68	56-64,1						
TAG	% IC	40-82	11-59	32,3 0,16 – 0,49	38,5 0,20 – 0,57	47,6 0,26 – 0,69	100 1,00 – 1,00	47,6 0,26 – 0,69	-- --
	<i>Me</i> Rango real	52,1	17						
	<i>RIQ</i> (25-75)	40-82	11 -59						
TOC	% IC	51-72	48-86	41,7 0,14 – 0,70	-- --	-- --	-- --	-- --	-- --
	<i>Me</i> Rango real	62,7	66						
	<i>RIQ</i> (25-75)	52,4-71,2	48,1 – 80,5						
Trastornos del estado de ánimo	% IC	50,8-57,5	48-76,9	61,5 0,46 – 0,77	76,9 0,54 – 1,00	77,4 0,63 – 0,92	100 1,00 – 1,00	76,6 0,61 – 0,92	100 1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	55	56,6						
	<i>RIQ</i> (25-75)	51,4-57,4	49,1 - 73						
TCA	% IC		55,9 – 79,6	55,6 0,33 – 0,79	-- -	90,9 0,74 – 1,08	100 1,00 – 1,00	90 0,71 – 1,09	-- --
	<i>Me</i> Rango real		73						
	<i>RIQ</i> (25-75)		55,9 – 79,6						

IC: Intervalo de Confianza; Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil.

Tabla 138. Comparativa de los porcentajes de clientes **recuperados** al menos parcialmente en la UTC_UB con los recuperados en las investigaciones de eficacia y utilidad clínica.

		UTC_UB							
		Eficacia	Utilidad clínica	Duración del tratamiento	Juicio del terapeuta	Mejora parcial	Mejora total	Recuperación parcial	Recuperación total
Tr. Ansiedad	% IC		43-60	60,8 0,53-0,69	70,6 0,62-0,79	89,4 0,84-0,95	94 0,88-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real		51,5						
	<i>RIQ</i> (25-75)		43-60						
AGO/TP	% IC	45-61	47,2 – 93,3	54,5 0,38-0,72	80 0,60-1,00	78,3 0,62-0,95	-- --	100 1,00-1,00	-- --
	<i>Me</i> Rango real	53	55						
	<i>RIQ</i> (25-75)	45-61	47,2 – 93,3						
Fobia específica	% IC	68	60-73	58,1 0,41-0,76	60 0,41-0,79	90 0,77-1,03	88,9 0,74-1,03	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	68	66,5						
	<i>RIQ</i> (25-75)	68	60-73						
Fobia social	% IC	22-41	15-57	63,8 0,48-0,80	78,3 0,62-0,95	92 0,81-1,03	94,7 0,85-1,05	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	31,5	36						
	<i>RIQ</i> (25-75)	22-41	15 - 57						
TAG	% IC	52	33-45,5	67,7 0,51-0,84	65,4 0,47-0,84	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00	-- --
	<i>Me</i> Rango real	52	37,5						
	<i>RIQ</i> (25-75)	52	33-45,5						
TOC	% IC	38,2-59	53-58	50 0,22-0,78	-- --	-- --	-- --	-- --	-- --
	<i>Me</i> Rango real	48,3	55,5						
	<i>RIQ</i> (25-75)	40,6-54,4	53-58						
Trastornos del estado de ánimo	% IC	47-49	35,5-36	76,9 0,64-0,90	100 1,00-1,00	96,8 0,91-1,03	95,9 0,88-1,04	100 1,00-1,00	100 1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	48	35,8						
	<i>RIQ</i> (25-75)	47-49	35,5 – 36						
TCA	% IC	48-57,6	36,8 – 52,9	55,6 0,33-0,79	-- --	90,9 0,74-1,08	90 0,71-1,09	100 1,00-1,00	-- --
	<i>Me</i> Rango real	52,8	48						
	<i>RIQ</i> (25-75)	48-57,6	36,8 – 52,9						

IC: Intervalo de Confianza; Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil.

Tabla 139. Comparativa de los porcentajes de clientes **recuperados** totalmente en la UTC_UB con los recuperados en las investigaciones de eficacia y utilidad clínica.

		UTC_UB							
		Eficacia	Utilidad clínica	Duración del tratamiento	Juicio del terapeuta	Mejora parcial	Mejora total	Recuperación parcial	Recuperación total
Tr. Ansiedad	%		43-60	37,3	50	54,8	86,4	61,3	100
	IC			0,30 – 0,45	0,40 – 0,60	0,45 – 0,64	0,78 – 0,95	0,51 – 0,71	1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real		51,5						
	RIQ (25-75)		43-60						
AGO/TP	%	45-61	47,2 – 93,3	24,2	40	34,8	--	44,4	--
	IC			0,10 – 0,39	0,15 - 0,65	0,15 – 0,54	--	0,21 – 0,67	--
	<i>Me</i> Rango real	53	55						
	RIQ (25-75)	45-61	47,2 – 93,3						
Fobia específica	%	68	60-73	48,4	56	75	83,3	83,3	100
	IC			0,31 – 0,66	0,37 – 0,76	0,56 – 0,94	0,66 – 1,01	0,66 – 1,01	1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	68	66,5						
	RIQ (25-75)	68	60-73						
Fobia social	%	22-41	15-57	44,4	60,9	64	84,2	69,6	100
	IC			0,28 – 0,61	0,41 – 0,81	0,45 – 0,83	0,68 – 1,01	0,51 – 0,88	1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	31,5	36						
	RIQ (25-75)	22-41	15 - 57						
TAG	%	52	33-45,5	29	34,6	42,9	90	42,9	--
	IC			0,13 – 0,45	0,16 – 0,53	0,22 – 0,64	0,71 – 1,09	0,22 – 0,64	--
	<i>Me</i> Rango real	52	37,5						
	RIQ (25-75)	52	33-45,5						
TOC	%	38,2-59	53-58	33,3	--	--	--	--	--
	IC			0,07 – 0,60	--	--	--	--	--
	<i>Me</i> Rango real	48,3	55,5						
	RIQ (25-75)	40,6-54,4	53-58						
Trastornos del estado de ánimo	%	47-49	35,5-36	56,4	76,9	71	91,7	73,3	100
	IC			0,41 – 0,72	0,54 – 1,00	0,55 – 0,87	0,81 – 1,03	0,58 – 0,89	1,00-1,00
	<i>Me</i> Rango real	48	35,8						
	RIQ (25-75)	47-49	35,5 – 36						
TCA	%	48-57,6	36,8 – 52,9	50	--	81,8	90	90	--
	IC			0,27 – 0,73	--	0,59 – 1,05	0,71 – 1,09	0,71 – 1,09	--
	<i>Me</i> Rango real	52,8	48						
	RIQ (25-75)	48-57,6	36,8 – 52,9						

IC: Intervalo de Confianza; Me: Mediana; RIQ: Rango Intercuartil.

En primer lugar nos disponemos a comparar los porcentajes de clientes mejorados (al menos parcialmente y totalmente) y recuperados (al menos parcialmente y totalmente) obtenidos en el presente estudio con los derivados de MA y estudios de eficacia.

En relación a los datos de eficacia, en las 3 grandes agrupaciones diagnósticas estudiadas (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA), hemos podido comparar los porcentajes de los trastornos del estado de ánimo (frente a los mejorados y recuperados en investigaciones) y los TCA (frente a los recuperados) debido a la falta de datos en los trastornos de ansiedad considerados conjuntamente y en TCA (mejorados).

En los trastornos del estado de ánimo, en cada una de las definiciones de terminación, los porcentajes de mejorados al menos parcialmente, mejorados totalmente, recuperados al menos parcialmente y recuperados totalmente estuvieron por encima del rango de referencia en los estudios de eficacia. En los TCA la comparación se pudo hacer respecto a los datos de clientes recuperados en las investigaciones consultadas, ya que no encontramos datos de clientes mejorados. Los porcentajes de clientes recuperados en la UTC_UB fueron superiores en todas las definiciones excepto en la definición de duración del tratamiento en la que los porcentajes estuvieron en el rango de las investigaciones.

En el caso de los trastornos específicos de ansiedad, tampoco se han podido llevar a cabo las comparaciones para algunas definiciones de terminación debido al bajo tamaño de nuestras muestras.

Comparando los clientes que han mejorado al menos parcialmente con los datos de eficacia observamos que los porcentajes en las definiciones de mejora y recuperación parcial y total estuvieron por encima del rango de las investigaciones de eficacia. Lo mismo sucedió en la de Juicio del terapeuta para AGO/TP y Fobia social y en la de Duración para Fobia social. En la definición de Juicio del terapeuta, el porcentaje se situó en el rango para el TAG y fue inferior para la Fobia específica. Finalmente, en la definición de Duración, el porcentaje de pacientes al menos mejorado parcialmente estuvo en el rango para AGO/TP, TAG y TOC y por debajo para Fobias específicas. Este fue el trastorno en el que se obtuvieron peores resultados en la comparación

En el caso de los clientes que habían mejorado totalmente, y tal como era esperable, dado que es un criterio más estricto de mejora que el anterior, observamos que crece el número de ocasiones en las que los porcentajes de la UTC_UB están por debajo del rango de las investigaciones de eficacia, especialmente los porcentajes derivados de la definición basada en la duración del tratamiento, en la que todos los trastornos están por debajo del rango. La definición del juicio del terapeuta tuvo porcentajes por debajo del rango de las investigaciones en las muestras AGO/TP, Fobia específica y TAG, y ligeramente por encima en Fobia social. Los porcentajes de mejorados totalmente en las definiciones de mejora y recuperación parcial y total estuvieron por encima del rango en todas las muestras para las que hubo datos, salvo para AGO/TP, en la que

estuvieron por debajo, y TAG, en la que se situaron dentro del rango para mejora y recuperación parcial. AGO/TP, especialmente, y Fobias específicas fueron los trastornos en los que se obtuvieron peores resultados en la comparación.

Respecto a los clientes que se habían recuperado al menos parcialmente observamos que los porcentajes en las cuatro definiciones de mejora y recuperación estuvieron por encima del rango de las investigaciones de eficacia en todos los trastornos de ansiedad considerados. Lo mismo sucedió en la definición Juicio del terapeuta, excepto en Fobias específicas, en que estuvo por debajo. Con la definición Duración del tratamiento, el porcentaje de pacientes recuperados al menos parcialmente estuvo dentro del rango de las investigaciones para AGO/TP y TOC, por encima para Fobia social y TAG y por debajo para Fobias específicas. Así pues, este fue el trastorno en el que se obtuvieron peores resultados en la comparación

En relación a los clientes que se habían recuperado totalmente, el porcentaje en las definiciones de mejora y recuperación total estuvo por encima del rango de las investigaciones de eficacia en todos los trastornos de ansiedad considerados. En cambio, en la definición de mejora parcial, estuvo por encima sólo para Fobia específicas y Fobia social, y por debajo para AGO/TP y TAG. Y en la definición de recuperación parcial, el porcentaje fue superior para Fobia específicas y Fobia social, inferior en AGO/TP y se situó dentro del rango en TAG. En las definiciones de Juicio del terapeuta y Duración del tratamiento, el porcentaje de pacientes totalmente recuperados estuvo por debajo del rango de referencia para todos los trastornos, con la excepción de la Fobia social, en la que estuvo por encima. Este fue, pues, el trastorno en el que se obtuvieron mejores resultados en la comparación.

En segundo lugar, nos disponemos a comparar los porcentajes de clientes mejorados y recuperados de la UTC_UB frente a los obtenidos por MA y estudios de utilidad clínica. Esta comparación resulta más apropiada debido a que en ambos casos los datos han sido obtenidos en la práctica clínica real. En este caso hemos podido llevar a cabo la comparación de las tres grandes agrupaciones diagnósticas estudiadas (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA), con la limitación de que para algunas definiciones de terminación, la muestra de TCA ha sido insuficiente como para poder llevar a cabo el cálculo, situación que se ha repetido en TOC (véanse Tablas 136, 137, 138 y 139).

En los trastornos de ansiedad el porcentaje de pacientes mejorados al menos parcialmente sobrepasó el rango observado en las investigaciones de utilidad clínica en las definiciones de mejora y recuperación parcial y total, y se situó dentro del rango en las otras dos definiciones. Un patrón similar se produjo en los porcentajes de mejora total, aunque estos se situaron dentro del rango en las definiciones de mejora y recuperación parcial. El porcentaje de recuperados al menos parcialmente fue mayor que el rango de referencia en todas las definiciones. Y el de pacientes totalmente recuperados fue mayor en las definiciones

de mejora parcial y recuperación parcial y total, inferior en la definición de Duración y dentro del rango en las definiciones de Juicio del terapeuta y Mejora parcial.

En los trastornos del estado de ánimo, los porcentajes de pacientes mejorados al menos parcialmente, mejorados totalmente, recuperados al menos parcialmente y recuperados totalmente se situaron por encima del rango de referencia en todas las definiciones, excepto en los porcentajes de pacientes mejorados totalmente en las definiciones Duración del tratamiento, Juicio del terapeuta y Recuperación parcial, en los que los valores se situaron dentro del rango.

En los TCA los porcentajes de clientes mejorados al menos parcialmente y mejorados totalmente estuvieron por encima del rango de referencia en las definiciones de mejora parcial y total y recuperación parcial, y dentro o casi dentro del rango en la de Duración del tratamiento. En estas mismas definiciones, los porcentajes de pacientes recuperados al menos parcialmente y recuperados totalmente fueron superiores al rango observado en las investigaciones de utilidad clínica, con la excepción del porcentaje de recuperados totalmente en la definición de duración del tratamiento, el cual se situó dentro del rango.

En el caso de los trastornos específicos de ansiedad, como se ha comentado anteriormente, para algunas definiciones de terminación no se han podido llevar a cabo las comparaciones debido al bajo tamaño de las muestras.

Comparando los clientes que han mejorado al menos parcialmente con los datos de utilidad clínica observamos que los porcentajes en las definiciones de mejora y recuperación parcial y total estuvieron por encima del rango de las investigaciones de utilidad clínica en todos los trastornos de ansiedad considerados. Lo mismo sucedió en las definiciones de Juicio del terapeuta y Duración del tratamiento para Fobia social y TAG, mientras que en ambas definiciones los valores de este estudio estuvieron dentro del rango para AGO/TP y por debajo para Fobias específicas. Además, en la definición de Duración, el porcentaje de pacientes al menos mejorado parcialmente estuvo en el rango para el TOC. La Fobia específica fue, entre todos los trastornos, aquel en el que se obtuvieron peores resultados en la comparación.

En el caso de los clientes que habían mejorado totalmente los datos son menos halagüeños. Los porcentajes en las definiciones de mejora y recuperación parcial y total sólo estuvieron por encima del rango de referencia en Fobia específica (con una excepción) y Fobia social; en TAG se situaron dentro del rango y en AGO/TP, por debajo en la definición de mejora parcial y dentro en la definición de recuperación parcial. En la definición de Juicio del terapeuta el porcentaje se situó por encima del rango sólo en Fobia social, dentro del mismo en TAG y por debajo en AGO/TP. Los peores resultados fueron para la definición Duración del tratamiento, ya que en todos los casos, menos el TAG, los porcentajes estuvieron por debajo del rango observado en las investigaciones de utilidad clínica. AGO/TP, Fobias específicas y TOC fueron los trastornos en los que se obtuvieron peores resultados en la comparación.

Respectos a los clientes que se habían recuperado al menos parcialmente, los porcentajes en las definiciones disponibles de mejora y recuperación parcial y total estuvieron por encima del rango de las investigaciones de utilidad clínica en todos los trastornos de ansiedad considerados, excepto en la definición de Mejora parcial para AGO/TP, cuyo valor estuvo dentro del rango. En las definiciones de Juicio del terapeuta y Duración del tratamiento los porcentajes se situaron por encima del rango para Fobia social y TAG, y dentro o casi dentro del mismo para AGO/TP y Fobia específica. Para el TOC y en la única definición considerada (Duración), el porcentaje de pacientes al menos parcialmente recuperados se situó también dentro del rango de referencia. Dentro de esta tónica positiva, TAG y Fobia social fueron los trastornos en los que se obtuvieron mejores resultados en la comparación.

En relación a los clientes que se habían recuperado totalmente, los porcentajes en las definiciones disponibles de mejora y recuperación parcial y total estuvieron por encima del rango de las investigaciones de utilidad clínica para Fobia específica y Fobia social, dentro del rango para TAG y por debajo para AGO/TP. Con las otras dos definiciones, la comparación fue menos positiva, especialmente para Duración del tratamiento. Con esta, los valores estuvieron por debajo del rango en todos los casos, menos para Fobia social, en que se situó dentro. Con la definición juicio del terapeuta, los porcentajes de pacientes recuperados totalmente fueron inferiores al rango de referencia para AGO/TP y Fobia específica, superiores para Fobia social y dentro del rango para TAG. Los trastornos de AGO/TP, Fobias específicas y TOC fueron aquellos en los que se obtuvieron peores resultados en la comparación.

VIII. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En el presente estudio nos planteamos el análisis de la Utilidad clínica de los tratamientos aplicados por terapeutas en formación en un centro universitario. En concreto hemos estudiado la viabilidad de estos tratamientos focalizándonos en la realidad de los abandonos en psicoterapia y, su generalizabilidad, analizando la magnitud del cambio observada a través de los TE y de la significación clínica (porcentajes de clientes mejorados y recuperados).

La primera parte de la discusión versará sobre la viabilidad y la segunda sobre la generalizabilidad de los tratamientos aplicados en la UTC_UB, siguiendo el orden de los objetivos que nos habíamos planteado en el método del presente estudio.

Número de sesiones atendidas

El número de sesiones atendidas en la UTC_UB fue superior al de otras investigaciones (1-88 vs 3-13 en Baekeland y Lundwall, 1975; o 0-66 en Labrador et al., 2010; o 4-54 en Persons et al., 2006). Asimismo, si miramos el número de sesiones atendidas, tomando como referencia la muestra total, vemos que, tanto en los que iniciaron el tratamiento ($M=16,8$) como en los que lo terminaron ($M=25,9$), las medias fueron bastante superiores a los datos de asistencia pública americana ($M=5$) o de práctica privada ($M=12$) de Pekarik (1993), aunque nuestra realidad sea posiblemente poco comparable.

La M del número total de sesiones de la UTC_UB comparada con otros MA y estudios de utilidad clínica en los trastornos de ansiedad fue muy superior (21-30,4 según la definición de abandono vs 5,3 en Krebs et al., 2012). En los trastornos del estado de ánimo la M (de 17,3 a 31,8) estuvo en la línea de las de otros estudios (Arnow et al., 2007; Persons et al. 2006) o fue superior al 7,8 informado por Merrill et al. (2003). También fueron muy superiores comparadas con estudios de pacientes ansiosos y deprimidos (Brunnbauer et al., 2016; Swift y Callaghan (2011) y bastante superiores a los obtenidos por Labrador et al. (2010) ($M=13,9$) y en un estudio previo en el mismo centro ($M=15,3$) (Balaguer et al., 2005). Considerando los MA más recientes, la media de sesiones en los pacientes con trastornos de ansiedad que iniciaron el tratamiento fue 21, algo inferior al 23,2 hallado en el MA de utilidad clínica de Hans y Hiller (2013a), mientras que la de los que terminaron el tratamiento fue superior (27,4 vs. 23,7). El patrón fue similar en los pacientes con trastorno del estado de ánimo, con medias de 17,3 vs. 18,99 para los que iniciaron el tratamiento y 26,2 vs. 21,7 para los que lo terminaron (Hans y Hiller, 2013b).

En relación a los distintos tipos de trastornos de ansiedad, el número total de sesiones que requirió el tratamiento de los clientes que terminaron, según las diferentes definiciones, fueron similares a las que reportó Turner et al. (1995) y superiores a las de Bernaldo de Quirós et al. (2012) en la práctica clínica habitual en AGO/TP ($M=23,7-34,6$ vs 27 horas vs 16-19 horas), Fobia social ($M=29,5-32,7$ vs 29 horas vs 20

horas) y TOC ($M=32,3-47,2$ vs 46 vs 23). En Fobia específica y TAG fueron superiores a las reportadas por Turner et al. (1995) ($M=19,6-21,5$ vs 13 vs 14) y Bernaldo de Quirós et al. (2012) ($M=28,8-31,7$ vs 23 vs $19,5$).

En general, los datos anteriores apoyan la primera hipótesis que formulamos: el número de sesiones atendidas fue mayor en la UTC_UB. Como posible explicación, consideramos que la falta de experiencia de los terapeutas y el hecho de no seguir protocolos cerrados de intervención pueden suponer una ralentización de los tratamientos y generar más abandonos.

Por otra parte, si comparamos los resultados obtenidos en la UTC_UB en función del tipo de definición de terminación aplicada en las distintas muestras diagnósticas, observamos que los clientes con trastornos del estado de ánimo y los clientes con fobia específica fueron los que asistieron a menos sesiones. Como veremos más adelante no parece que en el caso de la fobia específica esto pueda explicarse por el porcentaje de abandonos, pero sabemos que cuando la fobia específica es el diagnóstico principal presenta menos comorbilidad con otros problemas que otras fobias y trastornos de ansiedad (Bados, 2015b) y esto puede condicionar que se requieran menos sesiones de tratamiento. En estudios como el de Bernaldo de Quirós et al. (2013) la comorbilidad resultó ser un factor asociado al planteamiento de más objetivos terapéuticos con la subsiguiente prolongación de los tratamientos. Cabe señalar que el porcentaje que registramos en la muestra del estudio de diagnósticos secundarios fue bajo (en 79% no se llegó a determinar un diagnóstico) y esto puede deberse a un error u omisión o al hecho de que la muestra de la UTC_UB presentaba menos comorbilidad.

En relación a los trastornos que requirieron más sesiones, tales como los TCA, estos suelen presentar mayores tasas de comorbilidad que otros problemas psicológicos y es necesario trabajar múltiples objetivos terapéuticos, razones que afectan en la duración de los tratamientos (Saldaña, 2001).

Porcentajes de abandono

Hipotetizamos que los porcentajes de abandonos obtenidos en la UTC_UB serían superiores a los publicados en otras investigaciones. Comparando nuestros resultados con los de otros MA y estudios de eficacia, constatamos que las tasas de abandono en la UTC_UB son superiores, excepto en algunos casos, que detallamos a continuación, en que se mide el abandono según la definición basada en la duración del tratamiento.

Al comparar nuestros datos de la muestra total respecto a MA y estudios de eficacia que aglutinan distintos trastornos psicológicos y recuperan el porcentaje de abandono según la definición que ha utilizado el estudio original (11,1% a 26,2%; Swift y Greenberg, 2012 y 2014; Fernández et al., 2015), todos nuestros porcentajes serían superiores (45,2%-77,5%). Como hemos comentado, consideramos que la definición con la que sería más adecuada la comparación de nuestro estudio respecto a los de eficacia es justamente la basada en la duración del tratamiento dado que en muchos estudios de eficacia se considera que los clientes no han

abandonado si han completado un protocolo determinado de sesiones, sin medir cuál ha sido el impacto del mismo.

Siguiendo pues con esta definición, el porcentaje de abandono de la UTC_UB en los trastornos del estado de ánimo (46,6%) doblan los obtenidos por un MA: 19,9% en (Cooper y Conklin, 2015). Para TCA el porcentaje (48,6%) está dentro del rango (29%-73%) del MA de Fassino et al. (2009) y son un poco superiores a los derivados de la revisión de DeJong et al. (2013; 20-40%). Con relación a los distintos trastornos de ansiedad observamos que para AGO/TP el porcentaje de la UTC_UB (31%) fue muy superior al 5,6% de Gould et al. (2005) o el 12,7% de Mitte et al. (2005). En el caso de la Fobia específica y TOC los porcentajes estarían en el rango de los obtenidos por otros MA y estudios, aunque en la banda alta (Barkowski et al., 2016; Choy et al., 2007; Gava et al., 2007; Öst et al., 2015; Pompoli et al., 2016; Skapinakis et al., 2016d).

Previamente a la comparación de nuestros resultados con los MA y estudios de utilidad clínica nos parece muy interesante hacer una reseña del trabajo de Kehle (2008). La autora reportó una tasa de abandonos del 72,4% al intentar generalizar un tratamiento de TCC de 8 sesiones para el TAG a diferentes clínicas privadas. Se entrenó a los terapeutas (aunque en la discusión se considera que poco), muchos de ellos jóvenes y con poca experiencia clínica (situación parecida a la UTC_UB). Hipotetizó que cuestiones como no haber valorado la posible comorbilidad de los pacientes atendidos o el hecho de que estos presentaran niveles menos severos de problema en el pretratamiento y con ellos observaran menor reducción de su sintomatología, podrían ser variables que afectaran al cumplimiento y, por consiguiente, a los abandonos. Propone evaluar la competencia de los terapeutas en futuros estudios y considera que 8 sesiones de tratamiento no permiten a los clientes dominar bien las técnicas que les van ofreciendo, reflexiones que nos parecen muy interesantes.

En el presente estudio se hipotetizó que nuestros porcentajes de abandonos serían superiores a los de otros MA y estudios de utilidad clínica y, salvo en la muestra de TAG, se cumplió la hipótesis.

En la muestra total las tasas de abandonos oscilaron entre el 45,4% y el 77,5%, según la definición empleada, siendo en todos los casos superior al 40,8% reportado por (Hatchett y Park, 2003). De todos modos, para la comparación con los estudios de utilidad clínica consideramos más oportuno utilizar la definición basada en el juicio del terapeuta, ya que es la más ampliamente utilizada y en los casos en que no ha sido así, lo especificaremos.

El porcentaje de abandonos en los trastornos del estado de ánimo (82%) fue muy superior (82%) al obtenido en el MA de Hans y Hiller (2013b; 24,6%) y en otros estudios (22,5%-68%) (Merrill et al., 2003; Lopes et al., 2015; Westbrook y Kirk, 2005). El mismo patrón se observó en TCA, con un 82,9% de abandonos en la UTC_UB frente al 43%-63% en la asistencia pública italiana (Morlino et al., 2007). Similarmente, el porcentaje de abandonos en los trastornos de ansiedad (54%) fue más del doble que el observado (15,1-26,8%) en los MA de Hans y Hiller (2013a) y Van Ingen et al. (2009) y estuvo también claramente por encima del 29,4% informado por Bernaldo-de-Quirós et al. (2012) en una clínica universitaria de formación.

Respecto a trastornos específicos de ansiedad, el porcentaje de abandonos en la UTC_UB fue superior al obtenido en el estudio de Bernaldo-de-Quirós et al. (2012) en AGO/TP (68,8% vs 14,3%-22,9%), fobia social (59,6% vs 30,2%), fobia específica (49% vs 36,8%) y TOC (60% vs 38,7%). Sin embargo, fueron similares en TAG (33,3% vs 38,5%), y muy inferiores respecto al estudio de Kehle (2008) (20% vs 72,4%), en este caso utilizando la definición de duración del tratamiento. Con esta última definición, los abandonos serían mucho más similares a los del estudio de Bernaldo-de-Quirós et al. (2012). Los abandonos en la UTC_UB fueron más frecuentes que en las investigaciones de eficacia y, entre los motivos de este hecho estarían que las segundas tienen un número prefijado de sesiones y se suelen llevar a cabo en centros especializados de prestigio, variables que pueden potenciar las expectativas de mejora de los clientes y la adherencia a los tratamientos. En el caso de los estudios de utilidad clínica, los datos de la UTC_UB se derivan de intervenciones conducidas por terapeutas con muy poca experiencia en comparación a otros centros de práctica clínica habitual y el hecho de tener lista de espera y no poder atender con celeridad a las demandas de los clientes puede hacer que sus necesidades y su motivación cambien.

Comparando los porcentajes de abandono en las distintas definiciones observamos que la muestra que tiende a abandonar más es la de Otros diagnósticos. En el polo opuesto, el abandono fue menos probable en los trastornos de ansiedad que en los trastornos de estado de ánimo y TCA según las definiciones Duración del tratamiento y Juicio del Terapeuta; además, fue menos probable en los trastornos de ansiedad que en TCA en las definiciones de mejora y recuperación parcial, aunque más probable que en los trastornos de estado de ánimo y TCA en la definición de mejora total.

Se cumple en parte la hipótesis que teníamos en relación a esperar que abandonaran más los TCA que los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, aunque no habíamos considerado que sería con otras categorías. Una posible explicación sería, en parte, que la alta comorbilidad que suelen presentar los TCA y otros problemas de los que fueron tratados pudieran dificultar la consecución de resultados a corto plazo y de ello se derive una desmotivación por parte de los pacientes que les haga abandonar. A su vez, muchas personas que presentan TCA acuden a consulta motivadas por su entorno más que motivadas intrínsecamente y con buen insight acerca de sus problemas. En ocasiones no perciben que su situación sea ni problemática ni peligrosa. Ante esta realidad promover la adherencia al tratamiento es un reto complejo. Los terapeutas noveles que se hallan en proceso de adquisición de las habilidades terapéuticas, pueden tener mayores dificultades para transmitir la confianza que los clientes necesitan para aprovechar las oportunidades que ofrece el proceso terapéutico. Las personas que sufren problemas de ansiedad sienten un intenso malestar y una gran limitación en su día a día, perciben que tienen problemas cuya remisión puede depender, al menos en parte, de ellas y esto puede acrecentar su motivación, implicación y participación activa en el proceso terapéutico. El tratamiento de las personas con trastornos de ansiedad suele estar orientado por unos objetivos terapéuticos bien delimitados que facilitan una mayor concreción y dirección en la intervención. Además, en caso de que no exista comorbilidad, centrarse en un protocolo de intervención y

operativizar los avances que se van consiguiendo y explicitarlos puede ser un gran reforzador para los clientes e incrementar su adherencia al tratamiento. Los clientes con trastornos del estado de ánimo acostumbran a tener un buen insight de sus problemas aunque su estado amotivacional puede dificultar su adherencia terapéutica.

En relación a los distintos trastornos de ansiedad hipotetizamos que los porcentajes más elevados de abandonos se hallarían en AGO/TP y Fobia específica dado que son problemas psicológicos que requieren una intervención basada eminentemente en técnicas de exposición en vivo e interoceptiva que suelen generar una alta aversividad lo que provoca unos porcentajes de rechazos y abandonos en su aplicación elevados (alrededor del 25%) (Bados, 2010). En estos casos, justificar bien la utilización de estas técnicas y saber responder ante los desafíos de los pródromos al abandono, requieren un buen uso de las habilidades terapéuticas. A su vez, son los trastornos en los que los ataques de pánico pueden presentarse con mayor frecuencia, especialmente al inicio de la aplicación de las técnicas de exposición. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en abandono entre los distintos trastornos de ansiedad excepto en la definición de Juicio del terapeuta, en la cual el abandono fue más probable en pacientes con AGO/TP, TOC y fobia social que en otros trastornos de ansiedad. La hipótesis no parece, pues, quedar confirmada. En el estudio de Fernández-Arias et al. (en prensa) la segunda sub-muestras de trastornos de ansiedad que presentó los porcentajes más elevados de abandono también fue TOC (45,4%). En su estudios la primera fue TAG (46,2%) y la tercera Fobia específica (45%).

En función de la definición de abandono era esperable, como señalamos en las hipótesis, que la basada en que los clientes se hubieran recuperado (especialmente los totalmente recuperados) sería la que acumularía mayores porcentajes de abandono y, así fue, los criterios para las definiciones basadas en los cambios que pudieran ser medidos estadísticamente son mucho más estrictos que los que implican acudir a un número determinado de sesiones. Revisando la literatura hemos podido comprobar que no se suelen utilizar definiciones basadas en criterios objetivos de mejora y recuperación. Hacer este tipo de valoraciones requiere mucho tiempo y conocimiento (especialmente a nivel estadístico) del que quizás disponen los investigadores pero no todos los clínicos, luego es esperable que se utilicen criterios menos sofisticados en la mayoría de los estudios. No hemos encontrado en la literatura revisada criterio de comparación con los porcentajes más extremos de abandonos que hemos obtenido (derivados de las definiciones basadas en la mejora y la recuperación, especialmente la total). A su vez corremos el riesgo de que algunas de las comparaciones anteriores, utilizando la definición basada en el juicio del terapeuta, estén sesgadas en contra de la hipótesis, dado que es probable que el criterio de los terapeutas haya sido bastante estricto. A favor de esto, podemos mencionar el hecho de que en los trastornos del estado de ánimo y en TCA no se cumple la predicción de que obtendremos mayores porcentajes de abandono según la definición basada en la recuperación total de los clientes; en estos casos los porcentajes obtenidos en juicio del terapeuta son superiores. En algunos casos quizás se ha supeditado el dato objetivo que mide la mejora y recuperación al

juicio clínico (subjetivo) y que este último haya sido más exigente o quizás que la forma de saber si los objetivos terapéuticos se habían alcanzado no quedaba clara por falta de operatividad y concreción de los mismos. O incluso nos podemos cuestionar si estamos preparados para dar el alta a nuestros clientes o tendemos a considerar que siempre se puede mejorar más y tal vez alargamos innecesariamente algunos procesos de tratamiento.

La segunda parte de la hipótesis que acabamos de comentar decía que los porcentajes de abandono menores serían los derivados de la definición basada en la duración del tratamiento y así fue en todas las muestra analizadas.

Momento en que se producen los abandonos

En relación al momento en que se producen los abandonos en el proceso terapéutico la hipótesis que formulamos fue que se esperaba que los abandonos se produjeran con mayor frecuencia durante las primeras sesiones de terapia (hasta la 5ª sesión). Los abandonos acumulados tras la quinta sesión (límite para finalizar la evaluación y empezar con el tratamiento) oscilaron entre un 31% y un 52% (según las diferentes definiciones de abandono), porcentajes similares al 43%-63% de otros estudios (Garfield, 1994; Pekarik, 1993) o equivalentes al 31%-56% de Baekeland y Lundwall (1975) pero tras 4 sesiones en este último caso. Aunque la mayor frecuencia de abandonos se produjo entre la 5ª y 10ª sesión, y no sólo hasta la 5ª), una parte muy notable de los abandonos se produce durante las primeras sesiones de tratamiento, momento crítico en que se construye la relación terapéutica y por ello, momento sumamente delicado en el que hay un proceso de evaluación recíproco: el terapeuta investiga acerca de los problemas del paciente y éste investiga por su lado si su terapeuta reúne los requisitos necesarios para poder ayudarle (si es cordial, confiable, competente, etc.). En esta fase los conocidísimos factores comunes a las psicoterapias juegan un papel fundamental.

Revisaremos a continuación otros datos relevantes respecto al momento en que se producen los abandonos. Los clientes que no acudieron a la primera visita que tenían programada fueron 211 (17,9% de la muestra inicial). Este porcentaje es superior al obtenido en el mismo centro años atrás que fue 6,9% (Bados et al., 2007), al 8,2% que obtuvieron en la CUP_UCM (Fernández-Arias et al., 2015) y al 16% de una muestra de clientes con TEPT (Gunter et al., 2015), pero estaría por debajo del margen de rechazo del 23%-49% que observó Garfield (1994) y del 20,8% reportado por Gavino y Godoy (1993) de pacientes a los que se les había ofrecido un tratamiento intensivo de corta duración. Aparte de las causas señaladas por este autor (motivación inadecuada para con la terapia, miedo a descubrir que los problemas que se padecen son serios, reticencias a la hora de aceptar que se necesita ayuda para resolver las dificultades personales, el estigma que puede suponer el visitar a un profesional de la salud mental y un cambio significativo en la situación vital), consideramos que el hecho de que los clientes tengan que estar en lista de espera antes de ser

atendidos pueden impulsarles a buscar ayuda en otros centros o incluso a desistir de su idea de buscar tratamiento.

Los abandonos tras la primera visita fueron los más elevados en comparación a los que se produjeron en el resto de las visitas (de 12,1% a 20,7%). Este resultado es equivalente al hallado en un estudio anterior en el mismo centro (Bados et al., 2007) y al 17,6% del estudio de Hatchett y Park, (2003), e inferior al que obtuvieron algunas revisiones (20%-50%) en Baekeland y Lundwall, (1975) y 33% en Lambert et al., (2001).

Tras la 10ª sesión habían abandonado entre un 54% y un 87% en todas las definiciones de abandono. Estos porcentajes son similares al rango de 65%-80% obtenido en otros estudios (Garfield, 1994; Pekarik, 1993). En el reciente estudio de Fernández-Arias (en prensa) observaron que antes de la octava sesión había abandonado alrededor del 50% de la muestra.

Las condiciones singulares que definen el *setting* en la UTC_UB pueden explicar el hecho de que se produzcan una parte importante de los abandonos en las primeras sesiones. En la UTC_UB el cliente será recibido por dos terapeutas que le acompañarán durante todo el proceso, con poca experiencia en el manejo de casos clínicos (aunque supervisados por psicólogos con amplia experiencia). Sus sesiones serán supervisadas, podrán ser seguidas por alumnos de grado y otros terapeutas del centro (alumnos de máster) y podrán ser grabadas en vídeo. Estas particularidades pueden afectar en las expectativas y las preferencias de los clientes atendidos en la UTC_UB. Tal como señalan Swift y Greenberg (2015) las expectativas poco realista por parte de los clientes pueden afectar a los abandonos, en concreto estas expectativas se centrarían en los roles del terapeuta y el paciente, el grado de compromiso que se requiere en el proceso terapéutico y la sensación de lo rápido que deben aparecer los resultados de la terapia. La recuperación no se dará en pocas semanas y esta es una realidad que puede sorprender a muchos pacientes. Ofrecer a los clientes una expectativa realista del éxito terapéutico es lo que Barret et al. (2008) denominan inducción de rol. Se refieren a la delimitación de los roles del cliente y del terapeuta, y al hecho de ofrecer una visión general del proceso terapéutico (en qué va a consistir el tratamiento y qué se puede esperar del mismo) para disipar falsas creencias. Parte de la idea (comprobada por Walitzer et al., 1999) de que preparar a los clientes para lo que va a suceder durante el proceso terapéutico mejorará la asistencia y reducirá los abandonos.

Motivos por los que los pacientes abandonan

Todos los motivos de abandono mostraron porcentajes parecidos en cada una de las definiciones analizadas. Nuestra hipótesis apuntaba a que los principales motivos de abandono serían los impedimentos ambientales y la baja motivación. Esta hipótesis no se cumplió tal cual, debido a que la categoría con el porcentaje mayor fue “no viene, no avisa”, aunque los otros dos motivos fueron los siguientes en frecuencia. Los porcentajes de clientes que abandonaron en la UTC_UB sin dar ninguna explicación de sus motivos,

oscilaron entre el 30,1% y el 35,9%. Esta categoría oculta los motivos por los que un cliente decide no continuar con el proceso terapéutico y sería interesante tener mecanismos para poder acceder a esta información una vez constatado que el cliente no vuelve. En la UTC_UB se intenta contactar mediante una llamada telefónica con el cliente y en caso de no ser localizado se reintenta una segunda vez y en caso de no respuesta se le manda un correo electrónico. Estas medidas parecen suficientes dado que el cliente tiene la opción de contactar con el centro y acceder a su terapeuta si lo desea. Sin embargo, en muchos casos, el paciente no responde y puede hipotetizarse que eso pueda deberse frecuentemente a una insatisfacción con el tratamiento o el terapeuta.

Los impedimentos ambientales o fuerza mayor fueron la segunda causa de abandono, oscilando entre un 26,8% y un 30,1% en las diferentes definiciones de abandono. En estudios que hemos consultado observamos que nuestro rango entra en el rango de porcentajes que obtuvieron (16%-40%) (Pekarik, 1983 y 1992b; Kazdin et al. 1997; Castañeda y Mira, 1998; Keijsers et al., 2001; Moré et al., 2002 y Bados et al., 2007).

La falta de motivación respecto al proceso terapéutico o a alguna de sus variables asociadas propició en nuestro estudio entre un 21% y un 23,3% de los abandonos, porcentajes que son más bajos comparados a los observados en otras investigaciones (26%-50%) (Pekarik, 1983 y 1992b; Castañeda y Mira, 1998; Hunsley et al., 1999; Keijsers et al., 2001; Moré et al., 2002; Bados et al., 2007). En nuestro caso como señalamos en el apartado de método, al inicio de cada curso se produce un cambio de terapeuta principal liderando las sesiones terapéuticas. Aunque en algunos casos sí que hemos tenido información de que este ha sido el desencadenante que ha desmotivado a los clientes, no tenemos datos precisos al respecto. El estudio de Keijsers et al. (2001) realizado en un centro clínico de formación informó de una tasa de 11,8% de abandonos debidos al cambio de terapeuta. De cara a conocer cuán motivado está un cliente al iniciar el tratamiento, se suele recoger esta información durante el proceso de evaluación. En la entrevista semi-estructurada se valoran aspectos como la iniciativa o los desencadenantes que han propiciado la búsqueda de ayuda, el interés y tiempo que se podrá dedicar a la terapia, y las expectativas de mejora y en relación a la terapia. Smith et al. (1995) proponen utilizar la Stage of Change Scale (SCS), un instrumentos de 32 ítems con 4 subescalas (Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento (McConaughy et al., 1983; Prochaska, 1984) para determinar en qué fase se encuentra cada paciente en relación a la motivación para el cambio. El problema de este tipo de valoraciones es que mide una dimensión cambiante y sería necesario ir haciendo re-valoraciones de las mismas durante el proceso terapéutico.

Otro motivo que fue registrado es el abandono por considerar que se ha mejorado. En comparación a otros estudios, de nuevo las tasas de la UTC_UB estarían en el rango inferior (10,7%-14,8% vs 13%-44%), teniendo en cuenta que el porcentaje más bajo proviene del estudio realizado en el mismo centro unos años atrás. Si no tuviéramos en cuenta este estudio, los rangos oscilarían entre un 30% y un 44%, con lo que el

presente estudio aportaría unas tasas muy inferiores de abandono por considerar que se ha mejorado. En caso de comprobarse que la percepción de los clientes es real podría significar que los terapeutas no están suficientemente atentos a la evolución de los clientes. Quizás esto no es tan fácil que ocurra en un centro de formación de terapeutas en el que la preparación de los casos y el seguir el protocolo de intervención de forma rigurosa es prescriptivo. En este sentido se pretende que una vez al mes se re-evalúe a los clientes a través de los cuestionarios que nos ayudan a medir los cambios que perseguimos. A su vez, se van revisando periódicamente los objetivos terapéuticos para comprobar con los clientes el nivel de consecución de los mismos. Una buena competencia a la hora de escuchar activamente y dejando de lado los prejuicios ayudará en estas situaciones.

La causa menos frecuente de abandono sería el incumplimiento terapéutico en la que, a diferencia de las anteriores, el terapeuta tiene un papel más activo. En este caso los porcentajes obtenidos son los más fiables debido a que es el propio terapeuta el que codifica en la historia clínica cómo se produce la interrupción del tratamiento. En nuestro caso sólo se decide interrumpir el tratamiento por parte del terapeuta si existen datos objetivos de que el tratamiento ofrecido no cumple el principio de benevolencia del código deontológico. Los motivos pueden ser múltiples, pero dado que estamos en un centro donde los terapeutas son supervisados y se trabajan aspectos suyos personales y relativos a la relación terapéutica, podemos descartar en una parte muy importante las limitaciones que supondría el terapeuta en el proceso. En cambio, puede pensarse en la ambivalencia de los clientes que quieren tratarse en un momento determinado de sus vidas, pero que por diversos motivos no pueden quizás llevarlo a cabo en ese preciso momento, en condiciones que garanticen un claro beneficio. Intervenir como terapeuta en estos casos para interrumpir el tratamiento no es fácil pero beneficia a ambas partes.

Para la mayor parte de los pacientes no es tarea fácil asistir a la terapia. Supone un dispendio de recursos de tiempo y económicos y una importante redefinición de las tareas y prioridades cotidianas. Además, hablar de temas dolorosos y aceptar que el camino para llegar a la recuperación va a ser arduo es francamente complicado. Y lo cierto es que, en algunos casos, a los clientes les sobran los motivos para abandonar. Los clientes tienen que ver claras las ganancias que les va a aportar el proceso: sentirse apoyado por un terapeuta empático y creer que la terapia les conducirá a los cambios que desean (Swift et al. 2012). En caso de que los terapeutas se den cuenta de que los clientes muestran indicadores de un posible abandono de la terapia, deberán responder de un modo adecuado para poder resolver esta amenaza. Sería deseable que la respuesta del terapeuta fuera flexible, no defensiva y dirigida a la fuente de conflicto con el fin de abordar la amenaza y, poder incluso mejorar la relación (Castonguay et al. 1996; Foreman y Marmar, 1985; Rhodes et al., 1994) para disminuir la probabilidad del abandono. Un obstáculo importante es el hecho de que en ocasiones los terapeutas confían tanto en su juicio clínico que no suelen atender a posibles

evidencias en contra del mismo, referidas por los clientes a través de sus retroalimentaciones (Lambert, 2007; Lambert et al., 2005).

Variables asociadas a los abandonos

Hipotetizamos que las únicas variables sociodemográficas asociadas a los abandonos serían el sexo (ser mujer), la edad (ser joven) y el estado civil (estar soltero).

En relación a la variable sexo no se cumplió nuestra hipótesis para ninguna de las definiciones de abandono; en la mayoría de ellas no hubo asociación entre las variables sexo y abandono y cuando la hubo fue débil y en la dirección contraria a lo esperado (las mujeres terminaron más en las definiciones basadas en la mejora y recuperación). Algunos MA han hallado datos inconsistentes de la asociación entre esta variable y los abandonos (Fernández et al., 2015; Cuijpers et al., 2008). En relación a la edad no se cumplió nuestra hipótesis dado que no se observó asociación entre esta variable y los abandonos en ninguna de las definiciones. Otras investigaciones tampoco encontraron asociación entre estas variables (Cloitre et al., 2004; Cuijpers et al., 2008; Fernández et al., 2015; Morlino et al., 1995). Respecto al estado civil la predicción se cumple tan sólo en una de las definiciones de abandono (duración del tratamiento) en la que se observó una asociación débil entre estar soltero y el abandono. En el resto de definiciones de abandono no se observó relación.

Hipotetizamos que habría dos variables que no estarían relacionadas con los abandonos, la situación laboral y la toma de fármacos. En el caso de la toma de fármacos nuestra hipótesis fue correcta, no se asoció al abandono en ninguna de las definiciones. Por lo que se refiere a la situación laboral se pudo observar poca asociación entre esta variable y el abandono en una de las definiciones (juicio del terapeuta) siendo más probable que los clientes que abandonaran trabajaran a tiempo parcial.

En el presente estudio no se ha encontrado ninguna variable sociodemográfica (de las pocas que se han podido estudiar) que prediga consistentemente el abandono del tratamiento en las muestras derivadas de las distintas definiciones de abandono.

La variable diagnóstico se vio asociada a los abandonos pero no como habíamos hipotetizado. Se produjo una asociación débil en todas las definiciones (excepto en Duración del tratamiento y Juicio del terapeuta, en los que fue moderada), de modo que hubo más clientes incluidos en la categoría “otros diagnósticos” entre los que más abandonaron que entre los que terminaron. Lo contrario ocurrió en los clientes con trastornos de ansiedad. En la definición Juicio del terapeuta hubo una asociación moderada entre el abandono y presentar trastornos del estado de ánimo, resultado que va en la línea del obtenido por Fernández et al. (2015) quienes hallaron que los pacientes diagnosticados de depresión eran los que obtenían tasas más elevadas de abandonos. En múltiples investigaciones se ha constatado, de forma consistente, la asociación entre el tipo de diagnóstico y la probabilidad de abandono (Barret et al., 2008; Cooper y Conklin,

2015; Clarkin y Levy, 2004; Garfield, 1994; Hubble et al., 1999; Fassino, 2009; Fernández et al., 2015; Pekarik, 1993; McFarland et al., 2004; McMurrin et al., 2010; Swift y Greenberg, 2012; Thormählen et al., 2003; Vandereycken y Pierloot, 1983; Waller, 1998; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Los diagnósticos que han aparecido asociados han sido: los trastornos de la personalidad (en el presente estudio con muy poca representación, suponiendo sólo un 0,95% de los diagnósticos principales y un 3,38% de los secundarios), la adicciones (con una representación del 1,14% en este estudio), TCA (representó un 6,58% de la muestra y fue la muestra que siguió a la categoría “otros diagnósticos” en asociación positiva con el abandono y, como se ha dicho anteriormente, en porcentajes más altos de abandonos) e ira/impulsividad (en nuestro estudio bajo la etiqueta de trastorno explosivo intermitente con una representación del 0,75%).

En el caso de TCA, aunque no se ha confirmado nuestra hipótesis dado que no encontramos que el TCA fuera más frecuente entre los que abandonaron que entre los que terminaron, sí que hemos constatado que es más probable que los pacientes con TCA abandonen en comparación a los trastornos de ansiedad. Una variable que podría explicar este resultado es el pequeño tamaño de la muestra de TCA en el presente estudio.

Como puede observarse, excepto la muestra TCA que es la 3ª muestra en representatividad, las muestras con mayores porcentajes de abandonos en las investigaciones tienen diagnósticos poco frecuentes en la UTC_UB. Teniendo en cuenta que nos encontramos en un centro de formación de terapeutas, es esperable que los diagnósticos más frecuentes en el mismo sean aquellos con alta prevalencia en la población general (p.ej., trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) y que además puedan ser abordados con mayor competencia por terapeutas noveles.

Magnitud del cambio (TE) en la UTC_UB

Los resultados obtenidos en las medidas específicas (véase Tabla 95) superan nuestras expectativas dado que se obtuvieron magnitudes grandes o muy grandes en todas las medidas para todas las muestras y según todas las definiciones de terminación. Habíamos hipotetizado que los TE serían de magnitud mediana y grande para los clientes que finalizaron el tratamiento, en todas las medidas y según todas las definiciones. En las medidas de malestar general (véase Tabla 99) se cumplió la hipótesis con tres excepciones: en los trastornos de ansiedad (en todas las definiciones), se obtuvieron TE de magnitud pequeña en el BSI-IGS, en Fobia específica (en todas las definiciones) se obtuvieron TE pequeños en el DASS-21 Depresión y nulos en el BSI-IGS y en el TOC los TE fueron bajos en el DASS 21 Ansiedad en un par de definiciones. Quizás el Índice Global de Severidad (IGS) del Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory BSI-IGS) (Derogatis y Spencer, 1982), no sea una medida sensible al cambio en los trastornos de ansiedad. En el caso de los clientes con Fobia específica los pequeños TE pueden explicarse porque las puntuaciones en el DASS-21 Depresión fueron ya muy bajas en el pretratamiento y las del BSI-IGS bastante bajas. Por lo que respecta al TOC, los TE de magnitud pequeña sólo fueron observados en dos de las cinco definiciones analizadas, por lo que sería

prematureo sacar conclusiones al respecto. En el caso de las medidas de interferencia y calidad de vida se cumplió la hipótesis (véase Tabla 103) en todas las poblaciones, pero los datos de las muestras con distintos trastornos de ansiedad pueden ser poco fiables debido al pequeño tamaño de sus muestras.

Los TE obtenidos nos muestran que los clientes que terminan el tratamiento presentan cambios importantes en las medidas sintomáticas entre el pre y el postratamiento. Podría derivarse que los clientes se benefician de las aportaciones del tratamiento y lo terminan con un cambio importante en los indicadores de bienestar psicológico. Pero lo cierto es que al tratarse de un estudio no experimental, no podemos atribuir los resultados al tratamiento; éstos podrían ser debidos a otras variables, tales como la motivación del paciente, su contexto social e interpersonal y la relación terapéutica.

Considerando ahora a los clientes que empezaron el tratamiento (ITT), la hipótesis, también se confirmó en gran medida en la muestra total, dado que se obtuvieron TE medianos y pequeños en todas las medidas. En relación a los porcentajes obtenidos en las 3 muestras diagnósticas principales (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA), se cumplió la hipótesis, con unas pocas excepciones: TE altos en el DASS-21 Depresión y BSI-IGS en los trastornos del estado de ánimo y en interferencia global en los trastornos de ansiedad; y TE nulo en el MQLI en los TCA. Por lo que se refiere a los distintos trastornos de ansiedad, hubo más excepciones, ya que los TE fueron de magnitud grande en muchas medidas para el TAG y el TOC y bajos o nulos en el DASS-21 y el BSI-IGS para la Fobia específica. Algunas de estas excepciones pueden explicarse con aparente facilidad. Así, los pacientes con trastornos del estado de ánimo puntuaron ya muy alto en el pretratamiento en el DASS-21 Depresión y BSI-IGS, por lo que tuvieron más margen para cambiar, lo contrario que sucedió en el DASS-21 y el BSI-IGS para la Fobia específica. En el caso del TCA, la muestra fue muy pequeña y el dato puede ser poco fiable. En los otros casos, no está tan claro por qué se obtuvo un TE más grande del esperado.

El análisis comparativo de los TE obtenidos en la muestra total y en la muestra de clientes que terminaron el tratamiento refleja la repercusión de los abandonos terapéuticos en la potencia de los resultados de la terapia psicológica, resultados que coinciden, en general, con los obtenidos en otros MA (Hans y Hiller, 2013³). A su vez, viendo los cambios conseguidos por los clientes que finalizaron el tratamiento podemos inferir que son cambios a los que podrían haber aspirado los clientes que abandonaron el tratamiento. Reducir los abandonos puede aumentar las oportunidades pero lo cierto es que hay casos en los que el abandono queda muy justificado por la falta de cambios tras el proceso terapéutico e incluso por el empeoramiento que puede producirse hasta en un 10% de los casos tratados (Crawford et al. , 2016; Lambert y Bergin, 1994).

Significación clínica: porcentajes de clientes mejorados y recuperados

Según la hipótesis que habíamos planteado, se esperaba que los porcentajes de clientes mejorados y recuperados fueran mayores para los clientes que terminaron el tratamiento en comparación con los que lo

empezaron. En todas las comparaciones entre los datos de significación clínica de la muestra total (ITT) y los de los clientes que terminaron el tratamiento, se cumplió esta hipótesis. Así, entre los que iniciaron el tratamiento mejoraron y se recuperaron al menos parcialmente el 39,4% y el 35% respectivamente, mientras que estos porcentajes fueron el 72% y el 65,1% entre los que terminaron el tratamiento según la definición Duración del tratamiento. Y si hablamos de mejora y recuperación total, los porcentajes son 25,9% y 22,5% entre los que iniciaron frente al 47,3% y 41,1% entre los que terminaron. Este mismo patrón se repite, en general, en las distintas definiciones para los diagnósticos principales y los trastornos específicos de ansiedad analizados. Como se ha comentado anteriormente, los abandonos repercuten en la potencia de los resultados, de modo que los clientes que no han tenido oportunidad de beneficiarse del tratamiento obtendrán, en principio, peores resultados.

Resultados en función del diagnóstico

Centrando el análisis de los TE obtenidos según las distintas muestras diagnósticas observamos que en las tres principales categorías diagnósticas (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA) no se observan diferencias inter-diagnóstico sino que la tendencia fue que en la muestra total (ITT) los TE fueran de magnitud mediana y en la muestra de clientes que terminaron el tratamiento de magnitud grande o muy grande. Entre los TE de los clientes que terminaron el tratamiento en las tres principales categorías diagnósticas, hemos comprobado para cada una de las definiciones de terminación que no hubo diferencias significativas aplicando la regla propuesta por Bologna (2014) que dice que dos TE se consideran significativamente diferentes si sus intervalos de confianza al 95% no se solapan.

En los distintos trastornos de ansiedad observamos que en las medidas específicas en la muestra ITT la tendencia fueron los TE de magnitud mediana y grande para los que terminaron el tratamiento, siendo la muestra TOC en ITT la única que obtuvo magnitudes grandes. En las medidas de malestar general y de interferencia y calidad de vida, nuevamente las magnitudes para la muestra total son medianas excepto para TAG y TOC que son grande y se equipara a las obtenidas por los clientes que finalizaron el tratamiento.

Entre los TE de los clientes que terminaron el tratamiento en los distintos trastornos de ansiedad comprobamos, para cada una de las definiciones de terminación, que no hubo diferencias significativas aplicando la regla de la comparación de los IC (Bologna, 2014).

En todas las poblaciones encontramos algunas excepciones a esta tendencia, es decir, que haya magnitudes distintas a las predominantes, que parecen explicarse mejor por el tipo de instrumento de medida que propiamente por el diagnóstico (el detalle se ha especificado en el punto referido a 'La magnitud del cambio: TE' de esta discusión).

Por lo que respecta a las diferencias entre diagnósticos, en el análisis ITT hubo un mayor porcentaje de pacientes mejorados y recuperados (parcial o totalmente) en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en comparación a TCA y la categoría Otros diagnósticos. No hubo diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad. Sin embargo, la diferencia entre los trastornos principales no fue observada en los pacientes que completaron el tratamiento, fuera cual fuera la definición considerada. O sea que, si un paciente persiste con el tratamiento tiene una probabilidad similar de mejorar o recuperarse en los diagnósticos principales considerados. Por lo que respecta a los trastornos específicos de ansiedad, tampoco se hallaron diferencias en cuatro de las seis definiciones. Sin embargo, en otras dos (Juicio del terapeuta y Recuperación parcial) hubo algunas diferencias entre trastornos, similares a una tendencia similar observada en la definición Duración del tratamiento, y que la mejora total, pero no la recuperación, puede ser más frecuente en Fobia social, Fobia específica y Otros trastornos de ansiedad que en AGO/TP, TAG y TOC. De todos modos, es mejor tomar esto como algo tentativo, dado el pequeño tamaño de las muestras.

Resultados en función de la definición de terminación

La definición basada en la Duración del tratamiento fue la que generalmente reportó las magnitudes de TE más pequeñas (excepto en TOC, en medidas específicas, que estuvo ligeramente por encima de juicio del terapeuta) y la definición basada en haberse recuperado totalmente las más grandes. Aun así, todos los TE en medidas específicas según la definición basada en la duración del tratamiento fueron de magnitud grande.

Los porcentajes más bajos de clientes mejorados y recuperados fueron los que se derivaron de la definición basada en la Duración del tratamiento. En general se consiguieron porcentajes de mejora y recuperación de mayor magnitud con la definición de juicio del terapeuta que con la de duración del tratamiento, excepto en las muestras TAG (mejora -65,4 vs 67,8- y recuperación -65,4 vs 67,78) y Fobia específica (Mejora: 60 vs 64,6%). Como cabía esperar, para las definiciones de Mejora y Recuperación parcial y total, el porcentaje de clientes mejorados fue del 100% en todas las muestras estudiadas y también lo fue el de recuperados en las definiciones de Recuperación parcial y total.

Los datos obtenidos concuerdan con las hipótesis previas. Según la definición basada en la duración del tratamiento, el hecho de haber asistido a un número prefijado de sesiones (en nuestro caso 14) implicó un porcentaje menor de abandonos, pero en nuestro estudio, no es sinónimo de haber conseguido los máximos beneficios del tratamiento. Estudios clásicos como el de Howard et al. (1986) y la investigación sobre dosis-respuesta (Lambert et al., 2001) van en la línea de que la mejora más apreciable que realizan los clientes se produce en las primeras sesiones de terapia y conforme esta avanza la mejora se enlentece (“función de aceleración negativa”). Para un centro de formación es probable que 14 sesiones sean insuficientes; de hecho las guías clínicas recomiendan intervenciones que duren entre 16 y 20 sesiones (APA 2006). En todo caso,

como concluyeron Bernaldo de Quirós et al. (2015), no parece que los tratamientos más complejos, aquellos que se tienden a alargar por la utilización de múltiples técnicas, vayan a ser más efectivos. Hallar la fórmula para cada caso que nos aporte el remedio (objetivos terapéuticos dirigidos a un plan), la dosis (intensidad del tratamiento) y la forma de administrarla en cada paciente (adaptación de las intervenciones en función de múltiples variables) no es sencillo. Buscamos ser eficientes dado que no serlo pone en riesgo el proceso pero, paradójicamente, conocer cada una de las variables va en contra de la mayor, requiere un tiempo de evaluación del que no disponemos y esto puede hacernos precipitar a la hora de orientar el proceso. A su vez, alargar demasiado el proceso no parece adecuado debido a que incrementa la probabilidad de que surjan nuevos problemas que requieran una re-orientación del proceso de intervención. Por otro lado, parece que las intervenciones que se centran rígidamente en un modelo específico de tratamiento no son las que responden mejor a las necesidades de los clientes (Lambert et al., 2004). Estos investigadores concluyeron que una intervención ecléctica da una mejor respuesta. Esta opción entraña sus riesgos, puede tender a alargar demasiado la intervención, y así se cierra el círculo.

Comparación de los resultados de la UTC_UB con los de investigaciones de eficacia y utilidad clínica

La mayoría de estudios que componen los MA y las revisiones, suelen calcular los TE y los porcentajes de clientes mejorados y recuperados utilizando una única medida sintomática para medir el cambio, y no suelen utilizar medidas de interferencia y calidad de vida o de funcionalidad. Es por este motivo que hemos decidido comparar los datos de la UTC_UB con otras investigaciones de eficacia y utilidad clínica en las medidas específicas de las distintas muestras y definiciones de terminación.

A su vez, los MA y revisiones no suelen utilizar datos de comparación de población funcional o sana sino de población general (la cual incluye puntuaciones disfuncionales) o que satisfaga un punto de corte arbitrario en una o más medidas de interés. No suele exigirse además que la persona haya hecho un cambio estadísticamente fiable en dichas medidas, por lo que algunos pacientes satisfacen los puntos de corte sin haber mejorado significativamente porque ya estaban cerca de los mismos en el pretratamiento o incluso ya los satisfacían en alguna/s de las medidas. Estas prácticas producen una sobrestimación de los porcentajes reportados que podrían reducirse de forma importante utilizando criterios más estrictos.

Los porcentajes de mejorados y recuperados en el caso de las investigaciones de eficacia parten principalmente de MA y en el caso de las investigaciones de utilidad clínica parten principalmente de estudios individuales. Los MA recogen las distintas definiciones utilizadas en los estudios e intentan hacer comparables los datos aportados por otras investigaciones. Los estudios individuales suelen proporcionar datos más optimistas y en muchas ocasiones no ofrecen información de cuál ha sido el método que han seguido para medir la mejora y la recuperación. En muchos casos no hemos podido acceder a la definición

concreta de mejora y recuperación utilizadas y esto nos ha llevado a no distinguir entre mejora y recuperación al menos parcial y total en las investigaciones.

La falta de unificación de los criterios de valoración de la significación clínica de los resultados obtenidos en los estudios dificulta la comparación entre los mismos. Un ejemplo sería la definición de recuperación utilizada en algunos estudios para la categoría diagnóstica AGO/TP (dejar de tener ataques de pánico), definición excesivamente laxa que incluso sería menos exigente que definiciones de mejora en otros estudios. Otro ejemplo interesante lo encontramos en TAG donde observamos que existe un rango de dispersión grande en los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados. Por una parte puede deberse al hecho de que los resultados no se basen en comparaciones directas lo que puede explicar que haya variables distintas al tratamiento que afecten a los resultados, y por otro lado, puede explicarse por las distintas formas de definir la mejora y la recuperación. En el caso de la mejora se han utilizado las siguientes definiciones:

- Conseguir un cambio estadísticamente fiable.
- Conseguir una mejora del 20% o más en como mínimo un 75% de las medidas (NICE, 2011).
- Conseguir una mejora del 20% o más en como mínimo el 60% de las medidas.

Y, para definir la recuperación:

- Lograr un cambio estadísticamente fiable y una mayor probabilidad de pertenecer a la población funcional que a la disfuncional en las medidas de interés (STAI-T y PSWQ) en los pacientes que habían completado el tratamiento (Fisher 2006).
- Lograr un valor normativo (punto de corte) en un porcentaje de las medidas de resultado (Borkovec et al. 2002).

Los criterios predominantes de cara a valorar la significación clínica implican una mejora marcada (superior a nuestro criterio de al menos mejorado parcialmente pero no tan estricto como la mejora total, o incluso en ocasiones parcial). Haremos especial hincapié en las comparaciones entre los clientes que habían mejorado totalmente en nuestro estudio (Tabla 137) y las investigaciones. De cara a realizar las comparaciones vamos a emplear las definiciones de Duración del tratamiento y de Juicio del terapeuta por ser las más comparables a las empleadas en investigaciones de eficacia y de utilidad clínica. Las definiciones basadas en la mejora y la recuperación (especialmente la total) han sido poco utilizadas en las investigaciones y sobreestimarían los TE y los porcentajes de mejorados y recuperados.

Dicho todo esto y, focalizándonos en las comparaciones de los TE de la UTC_UB con otras investigaciones, las magnitudes de los TE de la UTC_UB en los clientes con trastornos de ansiedad (0,93-1,14) en las definiciones seleccionadas fueron inferiores a las obtenidas en los MA de eficacia: 1,21 (Olivares et al., 1999), 1,58 (Norton y Price, 2007) y 1,30 (Bandelow et al., 2015). Esto confirma nuestra hipótesis en los

trastornos de ansiedad. Comparando con los TE hallados en el MA de Hans y Hiller (2013a) con estudios de utilidad clínica, observamos que nuestros TE están en el rango reportado por el MA (0,90 - 1,91). Estos datos son comparables a los obtenidos en investigaciones de eficacia. Esperábamos que nuestros TE fueran inferiores, pero como hemos ido comentado es probable que el gran número de abandonos facilite que los resultados entre los clientes que terminan el tratamiento sean muy buenos. Una observación interesante derivada de otro MA de trastornos de ansiedad (Steward y Chambless, 2009) fue que la eficacia era significativamente menor cuando los terapeutas no recibieron entrenamiento de los programas de tratamiento, cuando no fueron supervisados y cuando no siguieron un manual en la aplicación de los tratamientos. En la UTC_UB, el riguroso método de trabajo garantiza que los tratamientos se apliquen de forma adecuada.

Los porcentajes de clientes mejorados (43,1%-100%) y recuperados totalmente (50%-100%) derivados de la muestra de trastornos de ansiedad estuvieron en el rango y por encima de los porcentajes de clientes mejorados (43%-73,9%; Hunt y Andrews, 1998; DiMauro et al., 2003; Castilla Baylos et al., 2005) y recuperados (43%-60%; Hunt y Andrews, 1998; DiMauro et al., 2003) reportados por investigaciones de utilidad clínica, salvo en el caso de los clientes que se habían recuperado totalmente en la definición de Duración del tratamiento, que estuvieron por debajo (37,3%). Como hemos comentado la recuperación total es un criterio muy estricto y a pesar de ello solo el porcentaje basado en una definición estuvo por debajo de los aportados por otras investigaciones. En este caso se juntan un criterio muy estricto con una definición muy restrictiva. El porcentaje de pacientes al menos parcialmente recuperados sobrepasó, en cambio, el rango observado en las investigaciones de utilidad clínica.

En las dos definiciones más comparables a las empleadas en investigaciones de eficacia (Duración del tratamiento y Juicio del terapeuta) los TE de los clientes con Trastornos de estado de ánimo (1,26-1,43) estuvieron por debajo del rango de las investigaciones de eficacia (1,50-2,23) (Cuijpers, Cristea, Weitz et al., 2016; Johnsen y Friborg, 2015; Western y Morris, 2001). Se confirma, pues, nuestra hipótesis en los trastornos del estado de ánimo. En cambio, los TE estuvieron justo por encima del observado (1,25) en un MA de utilidad clínica (Hans y Hiller, 2013b) y fueron claramente superiores a los que obtuvieron Johnsen y Friborg (2015) con terapeutas noveles (0,98).

A diferencia de lo ocurrido con los TE, los porcentajes de clientes mejorados (61,5%-76,9%) y recuperados totalmente (56,4%-76,9%) en la muestra de trastornos del estado de ánimo estuvieron por encima de reportados tanto en las investigaciones de eficacia como en las de utilidad clínica. Los rangos de mejorados en las investigaciones de eficacia oscilaron entre el 35% y el 76,9% (Merrill et al., 2003; Westbrook y Kirk, 2005; Enjuanes et al., 2005; Gibbons et al., 2010) y los de recuperados entre el 35,5% y 36% (Westbrook y Kirk, 2005; Gibbons et al., 2010). Los porcentajes de clientes mejorados en el caso de las investigaciones de utilidad clínica, oscilaron entre el 50,8% y el 57,5% (Western y Morris, 2001; Cuijpers et al.,

2014; Johnsen y Friberg, 2015; Weitz et al., 2015) y los de recuperados entre el 35,5% y 36% (Cuijpers et al., 2014; Weitz et al., 2015). Como vemos, los datos de la UTC_UB son comparables o superiores en las comparaciones de significación clínica y de magnitud del efecto en utilidad clínica pero no en eficacia en los TE. Como habíamos hipotetizado no era esperable que nuestros datos fueran superiores a investigaciones de eficacia.

Las magnitudes de los TE de la UTC_UB en los clientes con TCA fueron comparables a los MA de eficacia (0,45-1,68) en la definición de Duración del tratamiento (1,08) y superiores (2,32) en la de Juicio del terapeuta. Los MA de eficacia reportaron unos TE con un rango de dispersión muy amplio en sus magnitudes debido de nuevo a la gran disparidad de criterios a la hora de definir la mejora y la recuperación. Nos hemos centrado en tres MA de eficacia cuyas magnitudes oscilarían entre un 1,15 (criterio: purgas) y un 1,68 (criterio: IMC en clientes que terminaron) (Whittal et al., 1999; Thompson-Brenner et al., 2003; Hartmann et al., 2010). No hemos tenido en cuenta en esta comparación criterios muy restrictivos que aluden a la eliminación de conductas tan concretas como el uso de laxantes. En nuestro caso hemos hecho una valoración de la mejora y la recuperación basada en criterios más parecidos a los elegidos para la comparación. Nuestros TE serían superiores a los TE de estos MA en la definición de Juicio del terapeuta e inferiores en la de Duración del tratamiento (nuevamente por las razones ya argumentadas en relación a esta definición de terminación). Este sería, pues, el único resultado que apoyaría nuestra hipótesis, aunque, eso sí, está basado en la definición más próxima a la utilizada en las investigaciones de eficacia.

Por otra parte, encontramos un único estudio de utilidad clínica con pacientes que presentaban BN, que reportaba distintas medidas de valoración de los resultados, de las cuales elegimos las más parecidas a las utilizadas en la UTC_UB. El rango de las magnitudes del estudio, teniendo en cuenta los clientes que terminaron el tratamiento, osciló entre un 0,31 (criterio: episodios de atracón) y un 0,89 (insatisfacción corporal). Los TE de nuestro estudio fueron muy superiores en las definiciones aquí consideradas, pero cabe tener en cuenta que en nuestro caso no se han analizado solo los pacientes con BN sino TCA en bloque y esto puede limitar la comparación de los resultados y hacerla poco adecuada.

No disponemos de datos de comparación para los porcentajes de clientes con TCA mejorados y recuperados en MA de eficacia. Considerando las investigaciones de utilidad clínica, los porcentajes de paciente mejorados totalmente (no hay datos para los recuperados) en nuestra muestra de TCA estuvieron, en la definición basada en la duración del tratamiento, en el rango obtenido en dichas investigaciones (36,8%-57,6% en Tuschen Caffier et al., 2001; Thompson Brenner et al., 2003). No hay datos para la definición Juicio del terapeuta.

En cuanto a los trastornos específicos de ansiedad, los TE en la definición de Duración del tratamiento estuvieron por debajo del rango de las investigaciones de eficacia en las muestras AGO/TP y

Fobia específica, mientras que estuvieron dentro del rango en Fobia social, TAG y TOC. En la definición Juicio del terapeuta todos estos trastornos estuvieron en el rango, menos AGO/TP que estuvo por encima y TOC que se situó por debajo. Así pues, sólo hay un apoyo parcial para nuestra hipótesis, ya que sólo se cumple para algunos trastornos de ansiedad y sólo en una de las dos definiciones consideradas. De todos modos, los TE conseguidos en la UTC_UB fueron grandes. Por lo que respecta a las investigaciones de utilidad clínica, sólo Fobia social estuvo por debajo del rango (y muy levemente) en la definición Duración del tratamiento; TAG estuvo por encima y AGO/TP y TOC dentro del rango. En la definición Juicio del terapeuta, AGO/TP y TAG estuvieron por encima del rango y TOC, dentro del mismo. Al igual que otros casos presentados más arriba, las comparaciones con investigaciones de utilidad clínica proporcionan datos más similares a los nuestros que las comparaciones con investigaciones de eficacia.

En relación a los porcentajes de clientes mejorados totalmente derivados de las muestras de los trastornos específicos de ansiedad, todos estos trastornos estuvieron en la definición Duración del tratamiento por debajo del rango de referencia en las investigaciones de eficacia. Lo mismo puede decirse respecto al porcentaje de recuperados totalmente, con la excepción de Fobia social, que estuvo por encima del rango. En la definición Juicio del terapeuta, AGO/TP, Fobia específica y TAG estuvieron por debajo de los rangos de mejorados y recuperados totalmente, y Fobia social, por encima. Así pues, hay una tendencia clara a la confirmación de nuestra hipótesis.

Por lo que respecta a las investigaciones de utilidad clínica, los porcentajes de pacientes mejorados totalmente en la definición Duración del tratamiento estuvieron por debajo del rango en todos los trastornos de ansiedad, menos el TAG. Lo mismo ocurrió en el caso de los porcentajes de pacientes recuperados totalmente, excepto que ahora fue Fobia social la que quedó dentro del rango. En la definición Juicio del terapeuta, el porcentaje de mejorados y recuperados totalmente se situó por debajo del rango en AGO/TP y Fobia específica, dentro del mismo en TAG y por encima en Fobia social. Así pues, a diferencia de lo que ocurrió al comparar los TE, las comparaciones con investigaciones de utilidad clínica no proporcionan datos más similares a los nuestros que las comparaciones con investigaciones de eficacia.

En el caso de los clientes que se habían recuperado al menos parcialmente la muestra de Fobia específica fue de nuevo la que estuvo más por debajo en la comparación tanto con las investigaciones de eficacia como de utilidad clínica. De nuevo la revisión de eficacia que utilizamos para la comparación fue la de Bados (2015b) con rangos de clientes recuperados entre el 50% y el 86%, siendo la $M=68\%$. Se consideraban recuperados los clientes que conseguían valores normativos en una variable importante o en al menos el 50% de dos o más variables. Este es un criterio más laxo que el que hemos utilizado en el presente estudio para valorar los porcentajes de recuperación, y por tanto explicar el signo de esta comparación. Para la comparación con estudios de utilidad clínica la justificación sería idéntica a la hecha anteriormente.

En la muestra de clientes recuperados totalmente, los únicos porcentajes según todas las definiciones de terminación que estuvieron en el rango o por encima del mismo de investigaciones de eficacia y utilidad clínica fueron los obtenidos por la muestra de Fobia social. En el caso de la utilidad clínica las investigaciones reportaron principalmente porcentajes de clientes mejorados (en tres estudios), utilizando criterios comparables con algunas de las definiciones de terminación que hemos utilizado. El estudio de Lincoln et al. (2003) definió la mejora como el cambio estadísticamente significativo, que sería equiparable a nuestra definición basada en la mejora parcial. Los porcentajes de la UTC_UB fueron superiores (64% vs 56%). Los estudios de Labrador y Ballesteros (2011) y González et al. (2010) ligaron la mejora a la consecución de los objetivos terapéuticos, definición comparable a la basada en el juicio del terapeuta. En este caso los porcentajes de la UTC_UB (60,9%) fueron casi idénticos a los del segundo estudio (61,1%) y algo menores a los del primero (64,1%).

Como era esperable, los resultados obtenidos en el presente estudio han tendido a ser inferiores a las investigaciones de eficacia y comparables (o incluso superiores) a las de utilidad clínica. Las diferencias entre el contexto clínico en el que se realizan las investigaciones de eficacia y el contexto de la práctica clínica real, son múltiples (como se había descrito en la Tabla 29). Los tratamientos en la UTC_UB se aplican a clientes que presentan un rango amplio de problemas psicológicos (se trata de un centro de atención psicológica generalista, no especializado), que suelen presentar comorbilidad, que son atendidos por terapeutas en formación con poca experiencia clínica y que reciben tratamientos cuyo contenido es flexible debido a que se adaptan al caso concreto. Los contextos de los que derivan los datos de eficacia son un mundo paralelo a este (programa de intervención prefijado con un número menor de sesiones, con terapeutas muy bien entrenados en el mismo, etc.). Estas condiciones de la eficacia generan probablemente una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados tras el proceso terapéutico, que suelen estar por encima de los obtenidos en contextos de práctica clínica habitual.

CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

Las conclusiones que estamos en disposición de derivar del presente trabajo son las siguientes:

1. La media de sesiones del total de clientes que iniciaron el tratamiento fue 16,8 y la media de los que lo terminaron fue 25,9 según la definición Duración del tratamiento. Este último número de sesiones fue superior al de otras investigaciones.
2. Entre los clientes que terminaron el tratamiento, el mayor o menor número de sesiones atendidas dependió del diagnóstico y de la definición de terminación. En general, los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo requirieron un número similar de sesiones (26-33), mientras que este número fue mayor en TCA (33-40). Entre los trastornos específicos de ansiedad, el menor número de sesiones se dio en fobia específica (20-21,5) y el mayor en TOC (32-47) y Otros trastornos de ansiedad (33-40).
3. Las tasas de abandono en la UTC_UB han sido superiores a las publicadas en investigaciones de eficacia y utilidad clínica.
4. Los porcentajes de abandono más altos los presentó la muestra de Otros diagnósticos (60-84%, según la definición) y los más bajos la muestra de trastornos de ansiedad (31-74%, según la definición). El abandono fue menos probable en los trastornos de ansiedad que en la categoría otros diagnósticos, trastornos de estado de ánimo y TCA según las definiciones Duración del tratamiento y Juicio del Terapeuta. No se hallaron diferencias significativas en abandono entre los distintos trastornos de ansiedad excepto en la definición de Juicio del terapeuta, en la cual el abandono fue más probable en pacientes con AGO/TP, TOC y fobia social que en otros trastornos de ansiedad.
5. Los mayores porcentajes de abandonos fueron los que derivaron de las definiciones basadas en la recuperación (especialmente en la de recuperación total) y, para los trastornos del estado de ánimo, TCA y la categoría Otros diagnósticos, los derivados de la definición Juicio del terapeuta. Los menores porcentajes fueron los derivados de la definición basada en la duración del tratamiento.
6. Los abandonos terapéuticos se produjeron durante las primeras sesiones del proceso: tras la quinta sesión de tratamiento habían abandonado entre el 31% y el 52% de la muestra y tras la décima entre un 54% y un 87%.
7. Todos los motivos de abandono mostraron porcentajes parecidos en cada una de las definiciones analizadas. Los motivos principales fueron “no viene, no avisa”, fuerza mayor y baja motivación.
8. No se han hallado que las variables sociodemográficas (sexo, edad y estado civil) estén asociadas consistentemente a los abandonos terapéuticos.
9. La variable diagnóstico presentó una asociación débil con la variable abandono, habiendo más clientes en la categoría “otros diagnósticos” entre los que abandonaron que entre los que terminaron. Lo contrario ocurrió en los clientes con trastornos de ansiedad. TCA fue la muestra que siguió a la categoría “otros

diagnósticos” en asociación positiva con el abandono y, como se ha dicho anteriormente, en porcentajes más altos de abandonos.

10. En los clientes que empezaron el tratamiento (ITT) la magnitud del cambio (TE) fue mediana, salvo en algún caso en que fue pequeña, para todas las muestras diagnósticas en todas las medidas.
11. En los clientes que terminaron el tratamiento la magnitud del cambio (TE) fue grande o muy grande (salvo en algún caso en que fue mediana) para todas las muestras diagnósticas en todas las medidas y según todas las definiciones de terminación. La definición basada en la Duración del tratamiento fue la que generalmente reportó menores magnitudes de TE en comparación al resto.
12. El análisis comparativo de los TE obtenidos en la muestra total y en la muestra de clientes que terminaron el tratamiento refleja la repercusión de los abandonos terapéuticos en la potencia de los resultados de la terapia psicológica, resultados que coinciden, en general, con los obtenidos en otros MA.
13. En línea con lo anterior, los porcentajes de clientes mejorados y recuperados fueron mayores para los clientes que terminaron el tratamiento en comparación con los que lo empezaron (ITT).
14. Entre los que iniciaron el tratamiento mejoraron y se recuperaron al menos parcialmente el 39% y el 35% respectivamente, mientras que estos porcentajes fueron el 72% y el 65% entre los que terminaron el tratamiento según la definición Duración del tratamiento. Y si hablamos de mejora y recuperación total, los porcentajes son 26% y 22,5% entre los que iniciaron frente al 47% y 41% entre los que terminaron. Este mismo patrón se repite, en general, en las distintas definiciones para los diagnósticos principales y los trastornos específicos de ansiedad analizados.
15. Entre los clientes que iniciaron el tratamiento La mejora y recuperación al menos parcial fue más frecuente en los trastornos de ansiedad (47%) y del estado de ánimo (42,5%) que en TCA (31) y otros diagnósticos (31,5%). La mejora parcial fue más alta en los trastornos de ansiedad, mientras que la total fue más baja en la categoría “otros diagnósticos”. La recuperación parcial fue menos frecuente en TCA, mientras que la total fue más baja en la categoría “otros diagnósticos”. Por otra parte, no se hallaron diferencias significativas en mejora y recuperación en función del tipo de trastorno de ansiedad.
16. Entre los clientes que terminaron el tratamiento, los porcentajes de mejorados y recuperados dependieron de la definición de terminación. Los porcentajes más bajos de clientes mejorados y recuperados fueron los que se derivaron de la definición basada en la Duración del tratamiento. En general se consiguieron porcentajes de mejora y recuperación de mayor magnitud con la definición de Juicio del terapeuta que con la de Duración del tratamiento, excepto en las muestras TAG y Fobia específica. Como cabía esperar, para las definiciones de Mejora y Recuperación parcial y total, el porcentaje de clientes mejorados fue del 100% en todas las muestras estudiadas y también lo fue el de recuperados en las definiciones de Recuperación parcial y total.
17. Con alguna excepción, los TE obtenidos en la UTC_UB fueron inferiores a los reportados en metaanálisis de eficacia y comparables a los de las investigaciones de utilidad clínica.

18. Con alguna excepción, los porcentajes de pacientes mejorados y recuperados totalmente fueron inferiores a los obtenidos en investigaciones de eficacia y más similares a los de las investigaciones de utilidad clínica.

La conclusión general que puede extraerse es que la terapia cognitivo-conductual aplicada en la UTC_UB por terapeutas en formación supervisados parece tan eficaz como la aplicada en la práctica clínica habitual, pero menos que en contextos de laboratorio. Además, la duración del tratamiento puede ser mucho mayor, así como el porcentaje de abandonos de la terapia.

PUNTOS FUERTES DEL ESTUDIO

El presente estudio es uno de los más amplios hechos hasta el momento que evalúan los resultados de las intervenciones llevadas a cabo por terapeutas en formación supervisados.

La recogida de datos se ha llevado a cabo de forma retrospectiva. La revisión de las historias clínicas ha sido compleja, pero no por ello, ha dejado de ser extensa y sistemática.

Las aportaciones de este y otros estudios en la misma línea de investigación (utilidad clínica pero especialmente viabilidad) ayudan a combatir el sesgo de publicación en psicología clínica.

Se presenta una extensa revisión de los MA y revisiones sobre cuestiones relativas a los tratamientos psicológicos (aplicados desde el modelo cognitivo conductual): los abandonos, la eficacia y la generalizabilidad de sus resultados a la práctica clínica habitual.

Se ha llevado a cabo un estudio del abandono terapéutico desde distintas perspectivas y considerando distintos aspectos (el número de sesiones atendidas, momento en que se produce el abandono, motivos aducidos, variables asociadas con el mismo).

El estudio de la generalizabilidad de los resultados obtenidos en la UTC_UB se ha llevado a cabo desde una perspectiva estadística (calculando pruebas de significación, Tamaños del efecto) y de significación clínica (criterios para determinar la mejora y la recuperación de los pacientes).

Tanto el estudio de los abandonos como el de la generalizabilidad de los resultados se llevado a cabo en una distintas muestras para propiciar su comparación: la muestra amplia de clientes que empezaron el tratamiento (ITT), las muestras derivadas de las distintas categorías diagnósticas (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y TCA, además de los trastornos específicos de ansiedad).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La UTC_UB lleva un amplio recorrido en el ámbito clínico y de la formación de terapeutas pero no es propiamente un centro clínico de investigación, lo cual, en sí ya ha comportado algunas de las limitaciones con las que cuenta el presente trabajo. Cada dos años hay psicólogos nuevos en el centro que aprenden un método de trabajo. Durante el proceso de aprendizaje pueden cometer errores y omisiones en la codificación de los casos, situación que ha podido propiciar una pérdida relevante de información. La recogida de los datos (en este caso de los datos cuantitativos) de forma sistemática no es tarea fácil en la práctica clínica habitual. Sería recomendable recoger datos con una frecuencia mensual, pero no siempre se ha aplicado esta metodología lo que ha conducido a perder bastantes datos postratamiento (especialmente en los casos en que los clientes abandonaron repentinamente).

La formulación de los casos clínicos en la UTC_UB se realiza elaborando el análisis funcional y aplicando también una etiqueta diagnóstica. Sin embargo, en este proceso se utiliza la entrevista clínica y no una entrevista diagnóstica, lo cual ha podido afectar a los diagnósticos que hemos utilizado.

Respecto al procedimiento para valorar los resultados, nos basamos en pruebas objetivas de tipo cuantitativo (imprescindibles para hacer un buen seguimiento de los resultados en el caso) que en la mayoría de casos recogen el núcleo de los problemas por los que consultan los clientes, pero en algunos casos no es así, no permiten especificar o matizar suficientemente. Entonces ¿estas medidas miden realmente el cambio que se ha producido? Un ejemplo es el caso de una clienta que tras la evaluación inicial es diagnosticada de TAG. En el transcurso del tratamiento se evidencian problemas importantes a nivel de relación con su pareja. La clienta empeora en todas las medidas de TAG, y el tema de la pareja se aborda en algunas sesiones de tratamiento. La clienta toma la decisión de romper la relación de pareja y también decide abandonar el tratamiento, comunicando a las terapeutas su decisión respecto a la terapia y el cambio en sus prioridades. La última medición que tenemos, basada en pruebas de TAG indica que ha empeorado tras el tratamiento, pero, ¿es realmente así? ¿el tratamiento no la ha ayudado? ¿la intervención ha sido iatrogénica?

En relación a las variables asociadas a los abandonos, una limitación importante del presente estudio ha sido el hecho de haber realizado un análisis con un número muy restringido de variables (sexo, edad, estado civil, situación laboral y toma de fármacos). Como se ha podido comprobar en el punto 1.6 del presente estudio, son muchas las variables que pueden ser exploradas y aportar datos interesantes. En una posible línea futura de investigación nos resultaría especialmente interesante estudiar a fondo la relación de algunas variables con los abandonos:

- la alianza terapéutica,
- el impacto que puede tener la rotación de terapeutas en el proceso terapéutico: cambiar de terapeuta durante el proceso puede doblar las posibilidades de abandono (O'Brien et al., 2009),
- la severidad inicial de los problemas de los clientes: en asistencia pública clientes con síntomas depresivos abandonan en un 65,5% (Simon y Ludman, 2010) y según los resultados de Baekeland y Lundwall (1975), a menor severidad, más abandonos. Los niveles elevados de severidad también se han asociado con los abandonos (Clarkin y Levy, 2004; Waller, 1998; Khan y Pike, 2001).

El estudio realizado no nos permite atribuir los resultados al tratamiento aplicado dado que es un estudio no experimental, sin grupo control y los cambios que reflejan los instrumentos de medida podrían ser debidos a otras variables (p.ej. motivación del paciente, su contexto social e interpersonal, la relación terapéutica). Como señalaron García Vera y Romero (2004) en relación a los estudios no experimentales, “es evidente que los estudios no experimentales, tanto los pretest-postest sin grupo control como los de caso único, tienen importantes limitaciones a la hora de establecer relaciones causales entre los tratamientos

aplicados y los efectos terapéuticos conseguidos". A su vez, tampoco nos permitiría concluir que un tratamiento es mejor a otro basándonos en que su TE sea significativamente mayor.

Una limitación importante es que no se ha llevado a cabo una valoración por parte de diferentes jueces en relación a la categoría que define el tipo de abandono terapéutico. En algunos casos en los que no se derivaba del cierre del caso una conclusión clara en relación al tipo de finalización del mismo, sí que se analizaba por parte de jueces independientes y se discutía la categoría de la definición de abandono (no disponemos de los datos concretos del número de pacientes con los que sucedió esto).

Los abandonos terapéuticos, entre otros múltiples problemas, provocan una pérdida de la muestra que limita la potencia de las pruebas estadísticas y estimaciones imprecisas de los TE (DeJong et al., 2012). EN el presente estudio las elevadas tasas de abandono han supuesto una limitación.

La forma de comprobar el mantenimiento de los resultados a medio y largo plazo de la terapia psicológica es la obtención de datos de seguimiento, a ser posible, al mes, a los tres y seis meses y al año de haber finalizado el tratamiento. Posteriormente recoger datos a los dos años puede resultar muy útil. Estos datos permiten valorar hasta qué punto los clientes han podido funcionar utilizando los recursos aprendidos en la terapia o bien han recaído en sus problemas o han requerido ayuda adicional para los mismos. En nuestro estudio no hemos analizado estos datos, en general por su falta de existencia, y esto supone una limitación importante.

La idiosincrasia de las condiciones de aplicación de los tratamientos psicológicos en la UTC_UB (tal y como se ha explicado en el apartado de método del presente estudio), hace que la generalizabilidad de los resultados obtenidos en el presente estudio, a otros centros de formación clínica o de la práctica clínica habitual, sea muy limitada a otros.

CAPÍTULO 9: ALGUNAS REFLEXIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE TRABAJO

Nuestro interés es abrir una línea de reflexión crítica a partir de los resultados del presente trabajo con la esperanza de que algunas de estas ideas se materialicen en propuestas o protocolos concretos que nos ayuden a mejorar el ejercicio de la psicología clínica y la formación dirigida a profesionales en este campo y con ello, los tratamientos que reciben quienes consultan. Aliviar el malestar y conseguir optimizar los recursos personales y el bienestar es algo que conseguiremos desde el conocimiento, el rigor y la competencia.

En concreto vamos a centrarnos en tres cuestiones que nos parecen de vital relevancia: la medición de los cambios en psicología clínica/sanitaria, la forma de conceptualizar los acontecimientos clave del proceso terapéutico (terminación/abandono y significación de los resultados), y la formación de los psicólogos clínicos/sanitarios.

Los enfoques que conforman el modelo cognitivo-conductual (el Análisis conductual aplicado, el enfoque E-R neoconductista, el aprendizaje social, el enfoque cognitivo) coinciden en que los principios de aprendizaje son fundamentales para conseguir el cambio psicológico (Olivares et al., 2012). La labor del psicólogo será aportar oportunidades de aprendizaje, que puedan generar cambios en distintas dimensiones: temporal, espacial, clínica, social y estadística. Y cuando hablamos de oportunidades de aprendizaje nos referimos a ofrecer recursos psicológicos (técnicas terapéuticas empíricamente validadas) que, una vez aprendidas e integradas en el repertorio de funcionamiento, derivan en cambios que generan bienestar psicológico. Y, es este estado psicológico el que medimos como resultado del proceso terapéutico, a sabiendas, en muchas ocasiones, que la incontabilidad de las variables que influyen en el mismo pone en entredicho que lo ocurrido durante el proceso terapéutico sea la variable explicativa del cambio. Luego, ¿estamos midiendo aquello en lo que realmente incidimos? Indirectamente la respuesta es sí. Pero quizás sería más garantista un sistema de medición que asegurara que aquello que podemos aportar desde la psicología clínica se adquiriera gracias al tratamiento. Consideramos que no tenemos métodos de evaluación precisos para determinar hasta qué punto el cliente es competente en el uso de una estrategia como la resolución de problemas o la aplicación de la reestructuración cognitiva. En el mejor de los casos durante el tratamiento monitorizamos el uso que hacen de las mismas, pero de forma poco precisa y con prisas, dado que necesitamos que el proceso terapéutico dure las menos sesiones; nos imponemos la necesidad de tender a equiparar la práctica clínica habitual con lo que ocurre en las investigaciones. Las prisas son malas consejeras, también en lo psicológico. Adaptarnos a las necesidades, a los ritmos de los clientes es necesario para garantizar que nuestros objetivos son viables. La tendencia a homogeneizar y acortar ¿es útil clínicamente? En realidad este planteamiento va en la línea de los que está sucediendo en la escolarización, un cambio de paradigma que aboga por el respeto a la individualidad y a los ritmos. Cuanta menos gente

pierda el tren, menos van a abandonar y quizás lo importante es llegar y no tanto cuándo llegar. Sin prisa pero sin pausa: buena delimitación de los problemas, identificación de los recursos existentes y de los carentes (objetivo de la terapia) y buen diseño de la intervención, con la eficiencia como dogma.

La propuesta que se deriva de esta reflexión implica un doble sistema de valoración del cambio pre post. En primer lugar, los cambios que se han producido en los recursos psicológicos (aquello que el cliente puede aprender) objetivo del proceso terapéutico. En segundo lugar, la medición del estado psicológico de los clientes que sería esperable cambiase como consecuencia del primer cambio. Y en este punto radica la decisión en relación a cuánto debería alargarse el tratamiento psicológico. En principio los objetivos terapéuticos se vincularían a los aprendizajes (las competencias básicas) que realizará el cliente y es en este sentido que convendría diseñar unos sistemas de valoración mucho más precisos. Las rúbricas que se utilizan en el mundo de la educación podrían ser una fuente de inspiración, dado que desglosan la competencia a adquirir y permiten valorar la ejecución en distintos niveles de rendimiento. Esto permitiría poder ofrecer un *feedback* preciso que potenciara los aprendizajes y orientara en la decisión de cuándo se ha logrado el objetivo (recurso adquirido). El diseño de este sistema de evaluación para las distintas técnicas psicológicas constituiría una nueva línea de trabajo.

En una segunda fase, como hemos apuntado, seguiríamos con la medición psicológica clásica. La experiencia clínica nos lleva a dudar acerca de la precisión de estos tipos de instrumentos de cara a medir algunas realidades psicológicas. A su vez, sabemos que los cambios que reflejan los cuestionarios no tienen una relación causa-efecto con el proceso terapéutico; existen muchas variables que no podemos controlar, pero si nos aseguramos que hay cambios en los recursos personales (nuevas competencias y habilidades en el repertorio del cliente) podríamos predecir que estos cambios sí pueden motivar los cambios en el estado psicológico de los pacientes. Damos por hecho que estos segundos cambios se producen rápido durante el transcurso del tratamiento, pero en muchas ocasiones son cambios que requerirán de la aplicación sistemática y continuada de las nuevas habilidades. Si esto fuera así, se requeriría una evaluación sistemática durante los seguimientos, dado que no se reflejaría en la postratamiento. Las reticencias de algunos clientes a aceptar los cambios producidos por el tratamiento también pueden teñir los resultados de las medidas postratamiento. Superar dichas reticencias requiere tiempo y comprobar que los cambios son reales y estables. Pero para comprobar la relación entre la adquisición de recursos y el cambio psicológico necesitamos un diseño experimental que nos permita medir la influencia en la variable de interés.

Concretando la propuesta, diseñaríamos un sistema protocolizado para cada una de las herramientas psicológicas / técnicas de intervención en el que hubiera los siguientes elementos: evaluación pretratamiento de la disposición del recurso, objetivo en relación al recurso, protocolo basado en metodología didáctica y clínica para facilitar la adquisición del recurso, evaluación postratamiento

mediante un sistema de rúbrica que permita conocer el nivel de adquisición y los posibles déficits o fallos en el proceso para lograr el objetivo. Para cada cliente convendría delimitar muy bien sus demandas, delimitar sus necesidades y plantear unos objetivos que sean mensurables. El objetivo fundamental es que el final del proceso terapéutico coincida con que el paciente sea competente con el recurso. La Tabla 140 nos muestra una alternativa de protocolo a seguir durante el proceso de intervención.

Tabla 140. Protocolo de trabajo durante el proceso de intervención.

Problema	Objetivo	Plan	Recurso / Competencia	Rúbrica Evaluación pre proceso	Metodología didáctica a seguir	Rúbrica Evaluación post proceso
			Reestructuración Cognitiva			

Será necesario diseñar medidas para valorar el conocimiento y dominio de la técnica. También, diseñar métodos de evaluación post, vivenciales-experienciales que nos ayuden a valorar la adquisición del recurso.

Para ilustrar el tipo de valoración anterior un ejemplo sería el caso de la Fobia social. Se ha comprobado en algunos estudios que el éxito de la terapia requeriría, por un lado, el desarrollo de habilidades para gestionar los miedos y la confianza en la propia gestión y por otro lado, la modificación de las actitudes implícitas. Según Greenwald et al. (2000) las actitudes implícitas son evaluaciones que se activan de forma automática ante el objeto de actitud, que se han formado a base de presentaciones y evaluaciones previas y que influyen en las respuestas implícitas e involuntarias de las personas. La rúbrica que valorara las habilidades cognitivas de un paciente con fobia social de estas características, debería contemplar el tipo específico de trabajo cognitivo que requiere alguien para el cambio de estas actitudes; es decir, especificar cómo medir estas actitudes, qué tipo de trabajo cognitivo hay que enseñar a hacer y cómo enseñarlo (qué estrategias utilizar).

En relación a la forma de conceptualizar y definir los momentos críticos del proceso terapéutico, para conceptualizar los distintos tipos de terminación del proceso terapéutico, consideramos que sería útil tener un sistema de codificación válido y basado en el consenso de expertos, del mismo modo que tenemos sistemas de clasificación de los problemas psicológicos que permiten diagnosticar, estudiar e intercambiar información de forma válida y eficaz (DSM, CIE) entre clínicos e investigadores. Se han comentado en el trabajo algunos puntos fuertes y limitaciones de las distintas conceptualizaciones de abandono (Tabla 2). A continuación expondremos algunas reflexiones adicionales, centradas en las seis definiciones utilizadas en el presente trabajo de cara a determinar cuál nos parece más adecuada.

La definición basada en la Duración del tratamiento se fundamenta en la investigación de la relación dosis-respuesta (Lambert et al. 2001) explicada en el capítulo 1. Es un criterio ampliamente utilizado en las investigaciones donde se aplican protocolos cerrados de tratamiento. Es un criterio muy objetivo pero, tiene algunas limitaciones en la práctica clínica habitual donde los clientes suelen presentar problemas psicológicos

que, a priori, no suelen ser claros y estancamente delimitados. A su vez, ante la misma etiqueta diagnóstica los recursos y las limitaciones de cada persona que inicie el proceso terapéutico, determinarán el ritmo de su evolución y esto afecta directamente al número de sesiones requeridas. Los recursos y las limitaciones incluyen variables de muy diversa índole, personales (motivación para el cambio, *insight*, intelecto, expectativas en relación al proceso terapéutico, etc.) y ambientales (tiempo, apoyo socio-familiar, situación económica, etc.) y la interacción entre ambas. Desde esta perspectiva, es una definición arbitraria, dado que considera abandonos a clientes que han podido mejorar o recuperarse antes del número prefijado de sesiones y al revés, puede considerar como no abandonos a quienes cumplen con el número prefijado de sesiones, pero en cambio no mejoran ni se recuperan de sus problemas. Haciendo una analogía con el mundo académico, sería como si por el hecho de asistir a clase ya aprobaran los alumnos sin necesidad de ser examinados.

La definición basada en el Juicio del terapeuta se utiliza de forma amplia en los centros asistenciales e implica que el terapeuta tiene la capacidad para discernir si el cliente ha finalizado el proceso de intervención o bien lo ha interrumpido prematuramente. Delimitar cuándo debería darse por finalizado un proceso concreto no es tarea fácil; en muchos casos la consecución de los objetivos terapéuticos podría marcar este momento, pero, operativizar los objetivos terapéuticos de modo que sean mensurables tampoco es tarea fácil (cómo se acuerdan, cómo se deciden que se alcanzan y quién lo decide). Así que esta definición no es objetiva y, no tiene en cuenta la perspectiva de los clientes, a no ser que previamente a la finalización del proceso, terapeuta y cliente hayan podido hablar sobre los motivos de esta e incluso hayan llegado a un acuerdo en relación a la misma.

Las definiciones centradas en no haber mejorado y no haberse recuperado son las más objetivas, pero requieren una monitorización de los casos que resulta complicada en el día a día de la práctica clínica real. Como hemos visto en la introducción del presente trabajo, no existe unanimidad a la hora de valorar qué se considera mejora y recuperación y esta disparidad de criterios provoca que los porcentajes de abandonos y posteriormente la significación clínica de los resultados de la intervención oscilen mucho. Otro inconveniente a tener en cuenta es que para algunos problemas psicológicos no se halla con facilidad una medición bien adaptada a distintos idiomas y con buenas propiedades psicométricas, lo que supone problemas de fiabilidad y a su vez la dificultad de los clínicos para garantizar sus mediciones. Conocer a fondo las características y propiedades de los instrumentos de medición no está al alcance de la mayoría de clínicos.

Bajo nuestro punto de vista, como se ha comentado anteriormente, lo ideal sería tener un sistema de medición del impacto del proceso terapéutico en forma de adquisición de recursos psicológicos (cambio pre-post en cada una de las estrategias sobre las que se va a trabajar) y, a su vez, una segunda medición del bienestar psicológico que supuestamente han conllevado (medidas clásicas como las que hemos utilizado en este estudio) para medir la mejora en relación a la línea base. En este sentido consideramos que una

definición de abandono que combinase el juicio clínico con la medición objetiva de los cambios sería la más adecuada. Convendría una definición muy concreta de los objetivos terapéuticos, de los recursos psicológicos a alcanzar y de los cambios a nivel del estado psicológico de los clientes que van a derivarse. Para la valoración de la consecución de los objetivos terapéuticos será imprescindible el juicio del clínico que habrá orientado en qué hay que medir (objetivos concretos) y cómo medirlos (metodología e instrumentos). El clínico tendrá que corroborar sus impresiones con los resultados derivados de las mediciones llevadas a cabo.

Aparte del sistema de clasificación de las distintas formas de conceptualizar los abandonos terapéuticos que hemos analizado en este apartado del trabajo, DeJong et al. (2012) han propuesto unas directrices para que los investigadores puedan proporcionar y compartir información mucho más específica a la hora de clasificar los abandonos. Consideraron que sería óptimo que los estudios que abordan este el tema, reporten la información según se presenta en la Tabla 141 para que la información compartida fuera más consistente y completa y, a su vez, redujera la ambigüedad a la hora de definir el compromiso y el acuerdo con el tratamiento y los factores que contribuyen a los abandonos.

Tabla 141. Propuesta de estructura para la retirada del tratamiento. Extraída y traducida de DeJong et al. (2012).

Estadístico	Definición
Descontinuación clínica	Número de pacientes a los que se les retira el tratamiento por parte del terapeuta/clínico debido a razones médicas/terapéuticas, p.ej., hospitalización debido a una pérdida continua de peso.
Descontinuación logística	Número de pacientes que descontinúan el tratamiento debido a consideraciones logísticas/prácticas, p.ej., mudarse a otra ciudad.
Descontinuación progresiva	Número de pacientes que descontinúan el tratamiento pronto, debido a un buen progreso terapéutico. Suele ser de mutuo acuerdo entre el paciente y el clínico, y basado en objetivos específicos, p.ej., IMC > 18.5 y la puntuación en los síntomas dentro de una desviación estándar de la población general.
Descontinuación iniciada por el paciente	Número de pacientes que interrumpen la terapia antes de acordarlo mutuamente con el terapeuta, p.ej. debido a que no admiten el tratamiento. Esto también debe venir indicado por la intención verbalizada de terminar, o por no acudir a tres sesiones seguidas de tratamiento que se habían concertado. El motivo de la descontinuación, si se da, debe ser también informado. Los casos en que los familiares inician la interrupción del tratamiento por parte de los pacientes también deben ser clasificados como iniciado por el paciente.
Porcentaje de sesiones atendidas	Número de sesiones atendidas, en relación a las sesiones ofrecidas, p.ej, si se han ofrecido 20 sesiones y se ha atendido a 16, cumplimiento 75%.
Cumplimiento	Según las sesiones a las que han atendido los pacientes en relación a las sesiones que se les había ofrecido, se les clasifica como “cumplidores” o “no cumplidores”. Tiene que haber un punto de corte definido a priori, p.ej. si atienden al 75% se les considera “cumplidores”. Para los pacientes sujetos a descontinuación médica o logística, el cumplimiento puede basarse en las sesiones que se les ha ofrecido tras la descontinuación.

Los pacientes que restan en el tratamiento en puntos de tiempo fijos	El número de pacientes que descontinúan o no el tratamiento deberían ser informados en momentos fijos puntuales a lo largo del tratamiento, p.ej., tras la evaluación, tras cinco sesiones, 10 sesiones, 15 sesiones, y al final de la terapia. El número de pacientes que quedan después de la evaluación proporcionaría la tasa de rechazo del tratamiento.
--	---

En el apartado de significación clínica de este trabajo de investigación hemos podido constatar que las dificultades en la forma de definir las experiencias de los clientes, aparte de los abandonos, se extendían a la forma de valorar sus resultados terapéuticos. En muchos estudios hay una falta de concreción de los criterios utilizados para definir la mejora y la recuperación (ya sean parciales o totales) y entre estudios hay una falta de unificación de criterios que dificulta mucho la comparación de los mismos en revisiones y MA. Mataix-Cols et al. (2016) llevaron a cabo un estudio Delphi con el ánimo de unificar los criterios que definen la respuesta al tratamiento para el **TOC**: remisión, recuperación y recaída (Véase Tabla 142). Definieron y operacionalizaron estos conceptos para combatir las inconsistencias que se producen en diferentes estudios a la hora de utilizar estos parámetros.

Tabla 142. Criterios que definen la respuesta al tratamiento para el TOC: remisión, recuperación y recaída.

	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Respuesta al tratamiento	Una reducción clínicamente significativa de los síntomas (tiempo, angustia e interferencia asociada con obsesiones, compulsiones y evitación) con relación a la severidad inicial en un individuo que cumpla con los criterios diagnósticos para el TOC.	A reducción $\geq 35\%$ en las puntuaciones (C)Y-BOCS más la puntuación de 1 ('muy mejorado') o 2 ('bastante mejorada') del CGI-I, que dura como mínimo una semana.
Respuesta parcial		A reducción $\geq 25\%$ pero $< 35\%$ en (C) Y-BOCS más puntuación de al menos 3 ('minimamente mejorado') del CGI-I, que dura como mínimo una semana.
Remisión	El paciente ya no cumple criterios sindrómicos para el trastorno y no tiene más que síntomas mínimos. Las obsesiones residuales, las compulsiones y la evitación pueden estar presentes pero no consumen mucho tiempo y no interfieren con la vida cotidiana de la persona.	- Si se ha utilizado una entrevista estructurada, la persona no cumplirá criterios diagnósticos para TOC durante al menos 1 año. - Si no se ha utilizado una entrevista estructurada, una puntuación de ≤ 12 en el (C) Y-BOCS más una puntuación de 1 ("normal, no del todo enfermo") o 2 ("al límite de la enfermedad mental") en el CGI-S, que dura por lo menos una semana.
Recuperación	El paciente ya no cumple criterios sindrómicos para el trastorno y sólo ha tenido síntomas mínimos. Las obsesiones, compulsiones y evitación residuales pueden estar presentes y fluctuar ligeramente en gravedad a lo largo del tiempo, pero, en general, no consumen mucho tiempo y no interfieren con la vida cotidiana de la persona y por lo tanto no requieren de tratamiento adicional. El clínico puede comenzar a considerar la interrupción del tratamiento o, si el tratamiento continúa, el objetivo es prevenir la recaída	- Si se ha utilizado una entrevista estructurada, la persona no cumplirá criterios diagnósticos para TOC que dura por lo menos en un año. - Si no se ha utilizado una entrevista estructurada, una puntuación de ≤ 12 en el (C) Y-BOCS más una puntuación de 1 ("normal, no del todo enfermo") o 2 ("al límite de la enfermedad mental") en el CGI-S, que dura por lo menos un año.
Recaída	Después de que la respuesta o remisión o recuperación se haya logrado, el paciente experimenta una re-aparición de los síntomas. Para los pacientes que estaban en remisión o recuperados, las obsesiones, las compulsiones y la evitación de nuevo consumen demasiado tiempo, angustian y deterioran al individuo para que cumpla con los criterios diagnósticos del TOC.	- Para los respondedores que no necesariamente remiten / se recuperan: la persona ya no cumple con la definición de reducción $\geq 35\%$ en el (C) Y-BOCS (en relación con el pre-tratamiento) y presenta puntuaciones en el CGI-I de 6 ('mucho peor'), o superior durante al menos un mes. - Para los remitidos/recuperados: cumplen de nuevo los criterios de TOC de acuerdo con la entrevista estructurada (si se ha utilizado). De forma alternativa la

persona ya no cumple con la definición de remisión/recuperación (es decir, la persona obtiene de nuevo una puntuación de 13 o más en el (C) Y-BOCS más una puntuación de 6 ('mucho peor'), o superior durante al menos un mes y necesita ser retirada prematuramente del ensayo antes de que haya transcurrido un mes, debido a una grave empeoramiento de los síntomas del TOC. La interrupción del ensayo por razones distintas del empeoramiento de los síntomas del TOC (p.ej. riesgo de suicidio) no se considera una recaída.

CGI-I, Clinical Global Impression Improvement (Impresión Clínica Global- Mejora); **CGI-S**, Clinical Global Impression Severity (Impresión Clínica Global- Severidad); (C)Y-BOCS, (Children's) Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Fuente: Mataix-Cols et al. (2016).

Estos dos ejemplos ilustran una metodología que puede potenciar los datos surgidos de las investigaciones y ayudar al avance de la misma, especialmente en el campo de la práctica clínica habitual en el que el rigor metodológico es mucho más complicado. En este sentido, Bellack y Hersen (1985, págs. 3-4) hablan de dos terapias del comportamiento "**Una es la terapia del comportamiento descrita en los libros de texto y en las secciones de método** de innumerables artículos de revistas. En esta terapia del comportamiento, los clientes/sujetos buscan ayuda para problemas simples y estrechamente definidos, la naturaleza de los cuales es aparentemente tan obvia que debe estar tatuada en sus frentes. No hay decisiones que tomar respecto al tratamiento y los terapeutas son capaces de llevar a cabo todos los tratamientos tal como estaba especificado. Los clientes/sujetos acuden obedientemente a todas las sesiones y son cooperativos a lo largo de las mismas. Nunca hacen preguntas acerca de asuntos tan prosaicos como la imposibilidad de pagar los honorarios o el hecho de que el tratamiento no parece estar atacando sus problemas reales. Ni nunca revelan hechos a mitad del tratamiento que cambian el diagnóstico y la dirección de la terapia. **La segunda terapia del comportamiento es aquella que se práctica en clínicas, hospitales y consultas privadas.** Raramente parece ser tan simple y tan sencilla como el primer tipo. Los clientes/pacientes se presentan con múltiples problemas que son muy difíciles de separar y categorizar. Además, tienen frecuentemente el molesto hábito de desbaratar los planes de tratamiento revelando nueva información a medida que se van encontrando más cómodos con el terapeuta o teniendo crisis que requieren una intervención inmediata. No siempre acuden a las sesiones semanales, siguen las instrucciones o cooperan. Por su parte, los terapeutas en esta terapia del comportamiento sienten la necesidad de ser sensibles a estas variaciones mostradas por sus clientes/pacientes, etc. En consecuencia, el tratamiento para cada cliente es individualizado y difícil de describir de la manera objetiva preferida por el primer tipo de terapia del comportamiento, etc." (Bellack y Hersen, 1985, pp.)

El foco de atención del presente estudio ha recaído sobre la efectividad de los tratamientos aplicados en un centro clínico de formación de terapeutas (UTC_UB) y el problema que suponen los abandonos, en relación a los resultados terapéuticos y, en sí mismos, por las importantes implicaciones

que suponen. No obstante, somos conscientes de que en este estudio no se ha prestado atención al análisis de las “variables comunes a las psicoterapias” (la alianza terapéutica, la promoción de expectativas positivas, variables relativas a pacientes o terapeutas) que en muchas investigaciones aparecen asociadas a los resultados terapéuticos y a los abandonos. Esto nos lleva a introducir el tercer aspecto sobre el que nos gustaría reflexionar, la formación de los psicólogos clínicos/sanitarios.

El ejercicio profesional de la psicología clínica presupone una serie de características personales básicas: interés genuino por las personas y su bienestar, abertura de mente en el sentido de aceptar otras maneras de vivir, de comportarse, etc., el autocontrol o autogestión, tener un buen ajuste psicológico general, conocer contextos socio-culturales diversos, energía, flexibilidad, principios éticos y profesionales, formación extensa (ergo, conocimiento interiorizado) a nivel teórico y práctico acompañado de la confianza en las propias habilidades en la ejecución de estos conocimientos y habilidades (Bados y García-Grau, 2011). Esta lista es ampliable o puede complementarse, por ejemplo, con la tabla que aportan Olivares et al. (2012) en la que se recogen las habilidades implícitas en el ejercicio de la profesión (véase Tabla 143).

Tabla 143. Habilidades implícitas en el ejercicio de la profesión. Tomada de Olivares et al. (2012).

Habilidades	Descripción
Conocimiento extenso y comprensivo de la psicología y de las disciplinas afines	Conocer los desarrollos teóricos, la metodología, los principios y avances de las materias que han ido integrando y construyendo la psicología científica a lo largo de su historia, así como de las disciplinas afines (biología, farmacología, informática, etc.). Ello nos debería permitir una <i>formación extensa</i> que nos habría de proveer, por una parte, de una visión <i>comprehensiva</i> del conjunto de la psicología, de la que más tarde iríamos derivando las guías que nos permitan orientarnos en el fenómeno que es nuestro objeto de estudio (el comportamiento) y, por otra, ir integrando los productos de nuestra experiencia con los hallazgos informados por otros colegas.
Intensificación del conocimiento de la disciplina específica en la que se será experto	Conocer los fundamentos teóricos, los requisitos metodológicos, los principios, las estrategias y las técnicas/tratamientos que gozan de refrendo experimental y/o empírico. En el ámbito clínico y de la salud, la formación específica en modificación de conducta o cualquier otro avance que cumpla las exigencias de la <i>Task Force</i> para los tratamientos psicológicos y, en todo caso, con el rigor metodológico propio de la ciencia aplicado a los problemas psicológicos. Ello es condición necesaria para ser eficaces, efectivos y eficientes en el desempeño de la profesión.
Habilidades para concretar lo general en cada caso particular	Saber ir de lo general a lo particular, del principio y la ley a la aplicación concreta en la reducción/eliminación del problema/trastorno específico. Pese a que reconozcamos que existen algunas diferencias notables entre la aplicación de nuestros conocimientos en condiciones controladas (en la investigación) y las de la práctica cotidiana, el ejercicio de la profesión exige la capacidad de integrar y aplicar, en cada caso, las estrategias más adecuadas a las circunstancias en las que tengamos que abordar el problema/trastorno psicológico. La experiencia será una buena aliada, un excelente complemento de nuestra formación, si

	<p>mantenemos una actitud crítica y aplicamos cotidianamente el método científico, con todo el rigor que las circunstancias permitan. Las dificultades no pueden llevarnos al eclecticismo; ante ellas deberíamos agudizar más el ingenio para desarrollar nuestro quehacer bajo las condiciones más controladas y eficientes que podamos.</p>
Específicas de la intervención	<p>Conocer las fases, pasos, estrategias, instrumentos, etc. para diseñar, seleccionar, planificar y aplicar tratamientos eficaces, efectivos y eficientes (véase, por ejemplo, Brinkemeyer y Eyberg, 2003 o Pérez-Álvarez, Fernández y Amigo, 2003). Es decir, el dominio de los conocimientos implícitos en los procesos de evaluación, selección o confección del tratamiento en base a los resultados del análisis funcional (o del modelo teórico de referencia), los criterios para el inicio del desvanecimiento del tratamiento y su terminación o “alta”, con la que se inicia la fase de seguimiento de los efectos del entrenamiento /tratamiento.</p>
Referidas a la evaluación	<p>Incluye lo que hay que hacer para evaluar la eficacia del tratamiento /entrenamiento, tanto antes como durante su aplicación y respecto del mantenimiento de sus efectos a corto, medio y largo plazo, así como su generalización a otras situaciones no trabajadas durante la intervención.</p>

Nada de lo mencionado hasta el momento parece excesivo, innecesario o accesorio en el ejercicio de la práctica clínica. La cuestión es cuándo, dónde y cómo se garantiza que los psicólogos lleguen al ejercicio de la profesión disponiendo de dichos recursos. En la actualidad no tenemos un sistema de formación garantista y, la formación necesita innovar para dar respuestas a este tipo de necesidades. Es imprescindible que las personas que se plantean ejercer como psicólogos clínicos o sanitarios se conozcan y sean capaces de identificar, asumir y gestionar tanto sus puntos fuertes como sus dificultades. Para ello es necesario fomentar el autoconocimiento y facilitar que las habilidades terapéuticas sean una consecuencia de la capacidad de autorregularse y tener un buen equilibrio psicológico. Este trabajo personal tendrá que ir de la mano de la adquisición de los recursos teóricos (en esto el sistema es más garantista) y técnicos necesarios, entre ellos las competencias de acción que componen las habilidades terapéuticas, que son habilidades que pueden (y deben) entrenarse. Ofrecer a los psicólogos en formación este tipo de oportunidades a nivel formativo requiere unas condiciones un tanto utópicas en la actualidad y, en la mayor parte de los casos, son los centros de asistencia y formación universitarios los que están adecuándose más a estos requerimientos. Destacar, en este sentido, las innovaciones a nivel de formación especializada que se están llevando a cabo en la formación máster con el uso de recursos pedagógicos como el *peer counselling* (Ruiz et al., 2016; 2018) o asignaturas en los planes docentes de máster centradas en la adquisición de Habilidades Terapéuticas. Una propuesta en esta línea es la de Lilienfeld (2010), quien propone algunas reformas a nivel educativo como el entrenamiento formal en razonamiento científico para todos los estudiantes en el grado de psicología, incluyendo a los estudiantes de psicología clínica y de campos relacionados quienes, a su parecer, deberían poder darse cuenta de sus fallos y la propensión a los sesgos, incluidos los sesgos de confirmación y retrospectivos. También

propone que los estudiantes aprendan que el método científico es esencial (aun teniendo limitaciones) y que se fomente su juicio y predicción clínica.

Un enfoque más ambicioso del tema del autoconocimiento y autorregulación emocional nos lleva a plantearnos que muchos colectivos profesionales requerirían de este tipo de habilidad para poder desempeñar sus funciones de forma exitosa, especialmente en los sectores sanitario, penitenciario y educativo. Potenciar la adquisición de este tipo de recursos personales y como no, profesionales podría tener un impacto social, mejorando los servicios ofrecidos por estos colectivos, y económicos importantes. También podría tener una marcada repercusión a nivel preventivo; por ejemplo, el hecho de facilitar a los agentes educativos recursos para lograr una correcta autorregulación, podría facilitar que su contribución a nivel educativo tuviera un impacto más positivo y ayudara al correcto desarrollo emocional en la etapa infantil que, a su vez, podría repercutir en una disminución de la prevalencia de problemas psicológicos en niños, adolescentes y adultos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E. y Foa, E.B. (2002). Empirical status of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analytic review. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 2, 89-104.
- Acarturk C., Cuijpers P., van Straten A. y de Graaf R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(2), 241–254.
<https://doi.org/10.1017/S0033291708003590>
- Aderka, I.M, Anholt, G.E, Van Baljom, A. J.L.M., Smit, J.H., Hermesh, H., Hoffman, S.G. y Van Oppen, P. (2011). Differences between early and late drop-outs from treatment for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 918-923. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.05.004>
- Addis, M.E., Hatgis, C., Krasnow, A.D., Jacob, K., Bourne, L. y Mansfield, A. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 625-635.
<http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-006X.72.4.625>
- Adkins, JW., Weathers, FW., McDevitt-Murphy, M y Daniels, JB. (2008). Psychometric properties of seven self-report measures of posttraumatic stress disorder in college students with civilian trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1393-1402.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618508000534>
- Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J.M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A. & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating Weight Disorder*, 9(4), 243-248. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.002>
- Antony, M.M., Orsillo, S.M. y Roemer, L. (Eds.). (2001). Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety. Nueva York: Klumer/Plenum.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*; 157 suppl 4, 1–45.
- American Psychiatric Association (APA) (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Areán, P.A. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547-559. <https://es.scribd.com/document/323937400/Terapia-de-Solucion-de-Problemas-Para-La-Depresion>

- Arnou, B.A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M.J., Markowitz, J.C., Klein, D.N., Thase, M.E., Kocsis, J.H. y Rush, A.J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 97, 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.017>
- Arrindell, W.A., Oei, T.P.S., Evans, L. y Van der Ende, J. (1991). Agoraphobic, animal, death injury illness and social stimuli clusters as major elements in a four dimensional taxonomy of self-rated fears: First order level confirmatory evidence from an Australian sample of anxiety disorder patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 227-249.
- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship (pp. 133-178). In Hubble, M. A., Duncan, B. L., y Miller, S. D. (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, D.C.: APA
- Baekeland y Lundwall (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783. <http://psycnet.apa.org.sire.ub.edu/fulltext/1975-32159-001.pdf>
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico: Un programa psicológico de intervención paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.
- Bados, A. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva (2010)*. [Monografía]. Universidad de Barcelona. Handle: <http://hdl.handle.net/2445/12302>
- Bados, A. (2015a). *Fobia social: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2015)* [Monografía]. Universidad de Barcelona. Handle: <http://hdl.handle.net/2445/65643>.
- Bados, A. (2015b). *Fobias específicas: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2015)* [Monografía]. Universidad de Barcelona. Handle: <http://hdl.handle.net/2445/65619>
- Bados, A. (2015c). *Trastorno de ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Madrid Síntesis.
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). Outcome of cognitive-behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435. <https://doi.org/10.1348/014466507X209961>
- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioural therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585-592. <https://doi.org/10.1002/jclp.20368>
- Bados, A. y García-Grau, E. (2011). *Habilidades terapéuticas (2011)*. [Monografía]. Universidad de Barcelona. Handle: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18382>
- Bados, A., García-Grau, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 477-502. http://www.redalyc.org/pdf/337/Resumenes/Resumen_33720307_1.pdf

- Bados, A., García-Grau, E., y Fusté, A. (2003). Significación clínica de los resultados del tratamiento conductual y cognitivo-conductual de la fobia social. *Psicología Conductual*, 11, 643-678.
- Balaguer, G., Bados, A. y Saldaña, C. (2005). Cognitive behaviour therapy in daily practice. Comunicación presentada en el 9th European Congress of Psychology. Granada, 3-8 de Julio de 2005.
- Ballesteros y Labrador (2014) Empirically Supported Treatments for Panic Disorder with Agoraphobia in a Spanish Psychology Clinic. *Spanish Journal of Psychology*, 17, e65, 1–8.
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y. y Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C. y Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good-enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 160–167.
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J. y Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 44-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.005>
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford. <https://doi.org/10.1002/smi.941>
- Barlow, D.H. (1994). Psychological interventions in the era of managed competition. *Clinical Psychology: Science and practice*, 1, 109-123. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00014.x>
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H., Bullis, J.R., Comer, J.S. y Ametaj, A.A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629>
- Barlow, D.H. y Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford.
- Barret, M.S., Chua, M.J., Crits-Christoph, P., Conolly Gibbons, M.B. y Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 247-267. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762228/pdf/nihms103569.pdf>
- Barlow, D. H., y Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic II*. Albany, NY: Graywind.

- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment for panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80073-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80073-5)
- Barlow, D.H., Esler, J.L. y Vitali, A.E. (1998). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Barrera, T.L; Mott, J.M.; Hofstein, R.F. y Teng, E.J. (2013). A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 33, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.005>
- Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, et al. (2013) Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Med* 10(5): e1001454. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Bartolomé, P., Carrobes, J.A.I., Costa, M. y Del Ser, T. (1977). *La práctica de la terapia de conducta*. Madrid: Pablo del Río.
- Beach, S.R.H. (Ed.) (2001). *Marital and family processes in depression. A scientific foundation for clinical practice*. Washington, DC: APA. <http://dx.doi.org/10.1037/10350-000>
- Beck, A.T., Brown, G.K., Steer, R.A., Kuyken, W. y Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the Beck Self-Esteem Scales. *Behaviour Research Therapy*, 39, 115-124.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bedi, R.P., y Richards, M. (2011). What a Man Wants: The Male Perspective on Therapeutic Alliance Formation. *Psychotherapy*, 48(4), 381-390. <https://doi.org/10.1037/a0022424>
- Beck, A.T., Brown, G.K., Steer, R.A., Kuyken, W. y Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the Beck Self-Esteem Scales. *Behaviour Research Therapy*, 39, 115-124.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Steer, R. A., y Garbin. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beckam E.E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 177-182. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.29.2.177>
- Bellack, A.S. y Hersen, M. (1985). General considerations. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 3-19). Nueva York: Plenum Press.
- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E, Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 249-256. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jocrd.2013.05.001>
- Benson, J. y El Zahhar, N. (1994). Further refinement and validation of the Revised Test Anxiety Scale. *Structural Equation Modeling*, 1, 203-221. <https://doi.org/10.1080/10705519409539975>
- Benson, J., Moulin Julian, M., Schwarzer, C., Seipp, B. y El Zahhar, N, (1992). Cross validation of a revised test anxiety scale using multinational samples. En K.A. Hagtvet y T.B. Johnson (Eds.), *Advances in test anxiety research* (Vol. 7, pp. 62-83). Amsterdam/Lisse: Swets y Zeitlinger.
- Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S., Steiner, E., y Schmitz, M. (2002). Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 276-282. <https://doi.org/10.1007/s001270200020>
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Aria, I., Gómez, L., Blanco, C. y Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 24(3), 396-401. <http://www.psicothema.com/pdf/4029.pdf>
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y Fernández-Arias, I. (2013). La duración de los tratamientos psicológicos: diferencias entre casos de corta, media y larga duración. *Universitas Psychologica*, 12(1), 21-30. <http://www.redalyc.org/pdf/647/64728729003.pdf>
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., y Wong, E. (2004). En M. J. Lambert's (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5a ed. pp. 227-306). NewYork: Wiley.

- Bieling, P. J., Antony, M. M. y Swinson, R. P. (1998). The State-Trait Anxiety Inventory, trait version: Structure and content re-examined. *Behaviour Research and Therapy*, 36: 777–788. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00023-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00023-0)
- Bisson, J.I. y Andrew, M. (2009). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) Reviwe). The Cochrane Library, 2.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 97–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- Bisson, J., Roberts, N., Andrew, M., Cooper, R. y Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Björk, T., Bjorck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. y Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder clients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 109-119. <https://doi.org/10.1002/erv.911>
- Bohart, A.C. y Greaves Wade, A. (2013). The client variables in psychotherapy. En Lambert (Eds). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed. pp. 219-257). New York: Wiley.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, M.; Bascaran, M. Bousoño, M.; y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28, 207-218.
- Bobes, J., G.-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Bologna, E. (2014). Estimación por intervalo del tamaño del efecto expresado como proporción de varianza explicada. *Evaluar*, 14, 43-66. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/viewFile/11521/11960>
- Borenstein, M. J., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. y Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester, UK: Wiley. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470743386>
- Borkovec, T.D. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.61.4.611>
- Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L. y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology, 70, 288-298. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.70.2.288>
- Borkovec, T.D. y Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl. 11), 37-42.
<https://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2001/v62s11/v62s1106.aspx>
- Bornas, X., Tortella Feliu, M., García de la Banda, G., Fullana, M.A. y Llabrés, J. (1999). Validación factorial del Cuestionario de Miedo a Volar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 886-907.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Brewin, C.R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P. y Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 3-8.
<https://doi.org/10.1002/jts.20310>
- Brown, T.A., O'Leary, T.A y Barlow, D.H. (2001). Generalized anxiety disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A stepbystep treatment manual* (3ª ed., pp. 154-208). Nueva York: Guilford.
- Brunnbauer, L.; Simpson, S. y Balfour, C. (2016). Exploration of Client Profile and Clinical Outcome in a University Psychology Clinic. *Australian Psychologist* 51, 442–452. <https://doi.org/10.1111/ap.12143>
- Buhmann, C.B., Nordentoft, M., Ekstroem, M., Carlsson, J. y Mortensen, E.L. (2016). The effect of flexible cognitive–behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 208, 252-259. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150961>
- Buhr, K. y Dugas, M.J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-945.
- Caballo, V.E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., y Ortega, A. R. (1989). La escala multidimensional de expresión social: algunas propiedades psicométricas. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 42(2), 215-221.
- Cahill, J.; Barkham, M.; Hardy, G.; Rees, A.; Shapiro, D.A.; Stiles, W.B. y Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 133–143. <https://doi.org/10.1348/014466503321903553>

- Callahan, J.; Aubuchon-Endsley, N.; Borja, S.E. y Swift, J.K. (2009). Pretreatment Expectancies and Premature Termination in a Training Clinic Environment. *Training and Education in Professional Psychology*, Vol. 3, (2), 111–119.
- Canton, J., Scott, K. M., y Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 203-215. <https://doi.org/10.2147/NDT.S23317>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Metaanalysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38- 51. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38>
- Carleton, R., Collimore, K., Asmundson, G., McCabe, R. y Rowa, K. (2009). Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Depression and Anxiety*, 26, E71-E81. <https://doi.org/10.1002/da.20480>
- Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., Weeks, J. W., Teale Sapach, M. J. N., McEvoy, P. M., Horswill, S. C. y Heimberg, R. G. (2014). Comparing Short Forms of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Psychological Assessment*, 26, 1116-1126. <https://doi.org/10.1037/a0037063>
- Carpenter, P.J.; Del Gaudio, A.C.; y Morrow, G.R. (1979). Dropouts and terminators from a community mental health center: Their use of other psychiatric services. *Psychiatric Quarterly*, 51, 271-279.
- Carrasco, I., Clemente, M., y Llavona, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de psicología*, 10(37), 63-74. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/66031.pdf>
- Castañeda, I., y Mira, J. J. (1998). Abandono de las consultas en salud mental: Estudio sobre los factores que determinan su interrupción prematura [Drop-out in mental health care. Study of the factors that determine premature interruption of treatment]. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 11, 42–52.
- Castilla Baylos, C., Escolar Yagüe, A., Arderius Sánchez, E., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2005). Effectiveness of cognitive-behavioral therapies for anxiety disorders. Póster presentado en el 9th European Congress of Psychology, Granada, 3-8 de julio.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., y Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Centorrino F., Hernan M.A., Drago-Ferrante G., Rendall, M., Apicella, A., Långar, G. y Baldessarini, R. (2001). Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatric Services*, 52(3): 378–380. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.378>

- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E. Calhoun, K.S., Crits Christoph, P., Daiuto, A., DeRubies, R., Detweiler, J. Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. y Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.52.6.1090>
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J. y Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90140-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90140-8)
- Chambless, D.L., y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-18. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chambless, D.L. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K.S., Crits Christoph, P., Baker, M.J., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L.E., Williams, D.A., McCurry, S. (1996). An Update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-22. https://www.researchgate.net/publication/309457189_An_Update_on_Empirically_Validated_Therapies
- Chen, A. (1991). Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 282-287. <https://doi.org/10.1176/ps.42.3.282>
- Chisholm, S.M., Crowther, J.H. y Ben-Porath, Y.S. (1997). Selected MMPI-2 scales ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 69, 127-144. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6901_7
- Cho, Y., Smits, J.A.J. y Telch, M.J. (2004). The Speech Anxiety Thoughts Inventory: Scale development and preliminary psychometric data. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 13-25. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00067-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00067-6)
- Choy, Y., Fyer, A.J., Lipsitz, J.D. (2007). Treatment of specific phobia in adults: a review. *Clinical Psychology Review*, 27, 266–286. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.002>
- Clarkin, J. F. y Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy (pp. 194-226). In M.J. Lambert's (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Clough, B. A. y Casey, L. M. (2011). Technological adjuncts to increase adherence to therapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 31, 697–710. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.006>

- Clough, B. A. y Casey, L. M. (2014). Using SMS Reminders in Psychology Clinics: A Cautionary Tale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 257-268. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001173>
- Clinton, D. (1996). Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 29–35. <https://doi.org/10.1159/000289028>
- Cohen, J. (1983). The cost of dichotomization. *Applied Psychological Measurement*, 7, 249-253. En Hatchett, G. T., y Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 226–231. <https://doi.org/10.1177%2F014662168300700301>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, P.Y., Patel, V., Joestl, S.S., March, D., Insel, T.R., Daar, A.S. y ... Walport, M. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475, 27-30. <https://www.nature.com/articles/475027a>
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J., & Stewart, S. H. (2005). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of anxiety disorders*, 19(3), 345-359. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618504000222>
- Comas-Díaz, L., y Griffith, E.H. (1988). *Clinical guidelines in cross-cultural mental health*. New York: Wiley.
- Cooper, A.A. y Conklin, L.R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Cooper, K., Gregory, J. D., Walker, I., Lambe, S., y Salkovskis, P. M. (2017). Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(2), 110-123. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000527>
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O)
- Corcoran, K. y Fischer, J. (2013). *Measures for clinical practice and research. Volume II: Adults* (5ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Córdova, M., Rosales, J.C., Reyes, G.S. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande, Guerrero (México). (2013). *Psicología Iberoamericana*, vol. 21(2), 38-47. <http://www.redalyc.org/pdf/802/80220774002.pdf>

- Correia, M., Rosado, A. y Serpa, S. (2017). Psychometric properties of the Portuguese version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale. *International Journal of Psychological Research*, 10(1), 8-17. <http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59, 614-625. <http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Costa, M. B. y Melnik, T. (2016). Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: An overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 14(2), 235-277. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>
- Crawford, M.J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P, et al. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208, 260–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Cuijpers (1998). Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a metaanalysis of effects and dropout. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 41-48. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199801\)13:1%3C41::AID-GPS729%3E3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199801)13:1%3C41::AID-GPS729%3E3.0.CO;2-B)
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., y Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 354-364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. y Dobson, K.S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 376–385. <https://doi.org/10.1177%2F070674371305800702>
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Ebert, D.D., Koot, H.M., Auerbach, R.P., Bruffaerts, R., y Kessler, R.C. (2016). Psychological treatment of depression in college students: a metaanalysis. *Depression and anxiety*, 33, 400–414. <https://doi.org/10.1002/da.22461>
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M. y Huibers, M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15, 245-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Weitz, E., Gentili, C., y Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorder on depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 3451-3462. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002348>
- Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G. y Cristea, I. A. (2016). Personalized psychotherapy for adult depression: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 47(6), 966-980. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.04.007>

- Cuijpers, P., Gentili, C., Baños, R.M., García-Campayo, J., Botella, C. y Cristea, I.A. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E. Andersson, G., Hollon, S.D. y Van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. y Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 130-140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S.D. y Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*; 196, 173–178. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066001>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Weil, A. y Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J.C., Smith, R.D., Davison, R.M., Katz, R. y Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9122295>
- Davis, S., Hooke, G. R., y Page, A. C. (2006). Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology*, 58, 48–56. <https://doi.org/10.1080/00049530500504096>
- Defife, J.A., Conklin, C.Z., Smith, J.M., y Poole, J. (2010). Psychotherapy appointment no-shows: Rates and reasons. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 413-417. <http://psycnet.apa.org/buy/2010-20923-013>
- DeJong, H., Broadbent, H. y Schmidt, U. (2012). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 635-647. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/eat.20956>

- De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., & van Furth, E. (2006). Evaluating the treatment of eating disorders from patient's perspective. *International journal of Eating Disorders*, 39, 667–676. <https://doi.org/10.1002/eat.20317>
- Derogatis, L.R. y Spencer, P.M. (1982). *The Brief Symptom Inventory: Administration and procedures manual – I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- DeRubeis R.J., Hollon S.D., Amsterdam J.D., Shelton R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Gladis, M.M., Brown L.L. y Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*; 62(4), 409–416. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- DiMauro, J., Domingues, J., Fernandez, G., y Tolin, D. F. (2013). Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult outpatient clinic sample: A follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(2), 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.003>
- Dozois, D.J.A.; Mikail, S.F.; Alden, L.E.; Bieling, P.J.; Bourgon, G.; Clarck, D.A.; Drapeau, M.; Gallson, D.; Greenberg, L; Hunsley, J.; Johnston, C. (2014). The CPA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, Vol 55(3), 153-160. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0035767>
- Driessen, E. y Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 537-555. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.psc.2010.04.005>
- Duffy, M., Gillespie, K. y Clark, D.M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 1147-1150. <https://doi.org/10.1136/bmj.39021.846852.BE>
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Dow, M.G., Sharp, D., Power, K.G., Swan, J.S. y Morton, R.V. (2004). Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 145-157. <https://doi.org/10.1002/cpp.405>
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Treliving, L.R., Hau, C.M., Richard, K. y Stewart, J.B. (1999). One year follow up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder: Symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 19-35.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L.R. y Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.

- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.
- Echeburúa, E., Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2005). Reflexiones ante la formación de los psicólogos. Retos de futuro. *Análisis y modificación de conducta*, 31, 175-188.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 19 (3), 247-256.
- Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R. y Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.004>
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845–851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.845>
- Egan, J. (2005). Dropout and Related Factors in Therapy. *The Irish Psychologist*, 32 (2) 27-30.
- Ehlers, A. y Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. [http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A. Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. y Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024-1032. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.10.1024>
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A., Handley, R., Albert, I., Cullen D., Hackmann, A., Manley, J., McManus, F., Brady, F., Salkovskis, P. y Clark, D. M. (2013). Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 742-752. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.006>
- Elkin I., Gibbons R.D., Shea M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A. y Hedeker D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 63(5), 841–847.

- Enjuanes, A., Romero, L., de la Torre, V. M., García-Vera, M.P. y and Sanz, J. (2005). Clinical utility of cognitive-behavioral techniques as a treatment for depression. Póster presentado en el 9th European Congress of Psychology. Granada, 3-8 de Julio de 2005.
- Erford, B.T., Gunther, C., Duncan, K., Bardhoshi, G., Dummett, B., Kraft, J., Deferio, K., Falco, M. y Ross, M. (2016). Meta-analysis of counseling outcomes for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling & Development*, 94, 13-30. <https://doi.org/10.1002/jcad.12058>
- Erford, B.T., Richards, T., Peacock, E., Voith, K., McGair, H., Muller, B., Duncan, K. y Chang, C.Y. (2013). Counseling and Guided Self-Help Outcomes for Clients With Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis of Clinical Trials From 1980 to 2010. *Journal of Counseling & Development*, 91, 152-172. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00083.x>
- Estupiña Puig, F. J., y Labrador Encinas, F. J. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for major depressive disorder in a university psychology clinic. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 1388–1399. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39423
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L. y Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Falkenström, F. (2010). Does psychotherapy for young adults in routine practice show similar results as therapy in randomized clinical trials? *Psychotherapy Research*, 20, 181-192. <https://doi.org/10.1080/10503300903170954>
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Pierò, A., Leombruni, P., y Rovera, G. G. (2003). Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: Role of personality and anger. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 72, 203–210. <https://doi.org/10.1159/000070784>
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. y Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BCM Psychiatry*, 9:67-75. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>

- Feister, A. R., Mahrer, A. R., Giambra, L. J. y Ormiston, D. W. (1974). Shaping a clinic population: The dropout problem reconsidered. *Community Mental Health Journal*, 10(2), 173-179.
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C. García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de psicoterapia*, 23(89): 51-58. <http://hdl.handle.net/2445/65891>
- Felton, J.L. y Nelson, R.O. (1984). Inter-assessor agreement on hypothesized controlling variables and treatment proposals. *Behavioral Assessment*, 6 (3), 199-208.
- Fergus, T., y Valentiner, D (2009). Reexamining the domain of hypochondriasis: Comparing the Illness Attitudes Scales to other approaches. *Journal of Anxiety Disorders* 23(6), 760-766. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.016>
- Fernández-Arias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F.J.; Estupiñá, F.J., y Labrador-Méndez, M. (en prensa). Factores que interfieren en el curso del tratamiento de los problemas de ansiedad: la prolongación y la terminación prematura del tratamiento. *Papeles del psicólogo*. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2876>
- Fernández, A., Autonell J., Haro J.M. y Carmona C. (2004). When do psychiatric outpatients drop out? (Book of Poster Abstracts, pp.11). *The Life Course Epidemiology of Mental Disorders*. International Federation of Psychiatric Epidemiology. 10th International Congress, Bristol, England. Septiembre 2004.
- Fernández, J.R. y Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psichotema*, 13 (3), 337-344. <http://www.psicothema.com/pdf/458.pdf>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1108-1122. <https://doi.org/10.1037/ccp0000044>
- Fernández-Arias, I., García-Fernández, G., Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F.J., Labrador, F.J. y Labrador-Méndez, M. (2016). Premature termination of psychological treatment for anxiety disorders in a clinical setting. *Psichotema*, 28 (3), 241-246. <http://www.redalyc.org/pdf/727/72746510003.pdf>
- Flessner, C.A., Woods, D.W., Franklin, M.E., Cashin, S.E. y Keuthen, N.J. (2008). The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version (MIST-A): Development of an instrument for the assessment of 'focused' and 'automatic' hair pulling. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30 (1), 20-30.
- Foa, E.B. (2004). *Terapia cognitivoconductual en trastornos obsesivocompulsivos*. II Seminario Internacional sobre Actualizaciones en Psicología Clínica. Bellvitge (Barcelona), 17 de diciembre de 2004.

- Foa, E.B. y Franklin, M.E. (2001). Obsessive-compulsive disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A stepbystep treatment manual* (3ª ed., pp. 209-263). Nueva York: Guilford.
- Foa, E., Hembree, E.A., Cahill, S.P., Rauch, S.A.M., Riggs, D.S., Feeny, N.C. y Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953-964. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.953>
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E. y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.10.3.206>
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Foreman, S., y Marmar, R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 922–926. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.8.922>
- Franklin, M.E. Abramowitz, J.S, Kozak, M.J. Levitt, J.T. y Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 594 602.
- Freire, B. (1989). El estudio de la interrupción prematura del tratamiento como evaluación de los programas terapéuticos en salud mental. *Psiquis*, 10, 55-58.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Freudenberg, C., Jones, R.A., Livingston, G., Goetsch, V., Schaffner, A. y Buchanan, L. (2016). Effectiveness of individualized, integrative outpatient treatment for females with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Treatment & Prevention*, 24 (3), 240-254. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1090868>
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gallego, M. J., Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., y García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(3), 163-176. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2007-12-3-10001&dsID=Documento.pdf>

- Gallego, M.J., Botella, C., Quero, S., García-Palacios, A. y Baños, R. (2009). Validation of the Personal Report of Confidence as Speaker in a Spanish clinical sample. *Behavioral Psychology*, 17(3), 413-431. https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Botella/publication/285947948_Validation_of_the_Personal_Report_of_Confidence_as_Speaker_in_a_Spanish_clinical_sample/links/5719060608aed8a339e6fbb2/Validation-of-the-Personal-Report-of-Confidence-as-Speaker-in-a-Spanish-clinical-sample.pdf
- Gambrill, E. (1999). Evidence-based practice: An alternative to authority-based practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 80, 341. <https://doi.org/10.1606/2F1044-3894.1214>
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(75\)80013-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(75)80013-X)
- Garb, H.N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1):67-89. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810>
- García-López, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D. C., y Turner, S. M. (2001). Psychometric properties of the social phobia and anxiety inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social Avoidance and Distress Scale in an adolescent Spanish-speaking sample. *Journal of Psychopathology and behavioral assessment*, 23(1), 51-59. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1011043607878>
- García Vera, M.P. y Romero, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: De la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica y Salud*, 15, 355-385. <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617834008.pdf>
- Garfield, S.L. (1994) Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4rd. ed. pp. 190-228). New York: Wiley.
- Garner, D.M. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M. y McGuire, H.F. (2007). Tratamientos psicológicos versus tratamiento habitual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Gavino, A. y Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 311-336.

- Gelabert, E., Muñiz, A., Binelli, C., Ortiz, A.E., Subirà, S. y Martin-Santos, R. (2012) P-128 – Perfectionism in social anxiety disorder: gender differences. *European Psychiatry*, 27(1), 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74295-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74295-5)
- Gerger, H., Munder, T. y Barth, J. (2014). Specific and nonspecific psychological interventions for PTSD symptoms: A meta-analysis with problem complexity as a moderator. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 601-615. <https://doi.org/10.1002/jclp.22059>
- Gibbons C.J., Fournier J.C., Stirman S.W., DeRubeis R.J., Crits-Christoph P. y Beck A.T. (2010). The Clinical Effectiveness of Cognitive Therapy for Depression in an Outpatient Clinic. *Journal of affective disorders*, 125(1-3): 169-176. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jad.2009.12.030>
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A. y Clark, D.M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345-357. [http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967\(02\)00004-9](http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967(02)00004-9)
- Glass, C.R., Merluzzi, T.V., Biever, J.L. y Larsen, K.H. (1982). Cognitive assessment of social assessment: Development and validation of a self statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- González, M., Labrador, M., Romero, R., Moreno, N., Ballesteros, F., García-Vera, M.P. y Sanz, J. (2010). Efectividad del tratamiento cognitivo conductual de la fobia social. Póster presentado en la VII Reunión Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Salamanca, 7-8 de mayo de 2010.
- Goldberg, D.P.; Krueger R.F.; Andrews G. y Hobbs M.J. (2009). Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine* 39, 2043–2059. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990298>
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M.H., Dugas, M.J. y Bertrand, J. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 53, 199-211.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 4, 291 – 306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00123.x>
- Gould, R.A., Otto, M.W. y Pollack, M.H. (1995). A meta analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819-844. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00048-8](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00048-8)
- Greenwald, A.G. y Banaji, M.R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27. https://faculty.washington.edu/agg/pdf/Greenwald_Banaji_PsychRev_1995.OCR.pdf

- Groff, S. E. (2015). Is enhanced cognitive behavioral therapy an effective intervention in eating disorders? A review. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12(3), 272-288.
- Gunter, C.A., Gallagher, M.W, Baker, A.S., Sloan, D.M. y Resick, P.A. (2015). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/tra0000062>
- Håland, A., Vogel, P., Lie, B., Launes, G., Pripp, A. y Himle, J. (2010). Behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder in Norway. An open community-based trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 547-554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.005>
- Hamilton, M. (1959). The measurement of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 23 (1), 56-62. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hamilton, K.E. y Dobson, K.S. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- Hamptom-Robb, S., Qualls, R. C., y Compton, W. C. (2003). Predicting first-session attendance: The influence of referral source and client income. *Psychotherapy Research*, 13, 223-233. <https://doi.org/10.1080/713869641>
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K. y Sutton, S.W. (2005). A Lab Test and Algorithms for Identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hans, E. y Hiller, W. (2013a). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 33, 954-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>
- Hans, E. y Hiller, W. (2013b). Effectiveness of and dropout from outpatient Cognitive Behavioral Therapy for adult unipolar depression : a meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (1), 75-88. <https://doi.org/10.1037/a0031080>
- Hansen, N.B.; Lambert, M.J. y Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>

- Hanrahan, F., Field, A.P., Jones, F.W. y Davey, G.C.L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 120-132. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.008>
- Hartmann A, Weber S, Herpertz S, Zeeck A; German Treatment Guideline Group for Anorexia Nervosa (2011). Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4), 216-26. <https://doi.org/10.1159/000322360>
- Hatchett, G. T., Han, K. y Cooker, P.G. (2002). Predicting premature termination from counselling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment*, 9, 156-163.
- Hatchett, G. T., y Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 226–231.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B. y von Witzleben, I. (2001). Short- and long term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 375-382. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.69.3.375>
- Hay, P.J. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
- Hay, P.P.J., Bacaltchuk, J., Stefano, S. y Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 4. Art. No.: CD000562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000562.pub3>
- Hay, P.J., Touyz, S. y Sud, R. (2012). Treatment for severe and enduring AN: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 1136-1144. <https://doi.org/10.1177/0004867412450469>
- Hedman, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Lindefors, N., Rück, C., Axelsson, E. y Lekander, M. (2015). Psychometric properties of Internet-administered measures of health anxiety: an investigation of the Health Anxiety Inventory, the Illness Attitude Scales, and the Whiteley Index. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.01.008>
- Heineman, S., y Yudin, L. (1974). The consumer and evaluator: Perceptions and satisfactions level of former clients. *Journal of Community Psychology*, 2, 21-23
- Hershenberg, R.; Drabick, D. A.G. y Vivian, D. (2012). An Opportunity to Bridge the Gap Between Clinical Research and Clinical Practice: Implications for Clinical Training. *Psychotherapy (Chic)*, 49(2): 123–134. <https://doi.org/10.1037/a0027648>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <http://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

- Hofmann, S. y Smits, J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- 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. <https://doi.org/10.1348/014466509X475414>
- Howard, K. I., Davidson, C. V., O'Mahoney, M. T., Orlinsky, D. E., y Brown, K. P. (1989). Patterns of psychotherapy utilization. *American Journal of Psychiatry*, 146, 775–778.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. y Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., y Miller, S. D. (Eds.) (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, D.C.: APA.
- Hunsley J, Aubry TD, Vestervelt CM, Vito D (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 4:380–388
- Hunsley, J., Elliott, K. y Therrien, Z. (2013). *The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments*. Ed: The Canadian Psychology Association.
- Hunt, C. y Andrews, G. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12: 395-406.
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., y Simpson, T. L. (2013). Metaanalysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 394–404. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- Issakidis, C., y Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 426– 433. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00264.x>
- Jacobson, N.S., Dobson, K., Fruzzetti, A.E., Schmalings, K.B. y Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B. y McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.67.3.300>
- Jacobson, N. S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.

- Johnsen, T. J. y Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 747–768. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>
- Kane, A.S. y Tryon, G.S. (1988). Predictors from premature termination from counseling at semester recess. *Journal of College Student Development*, 29, 562-563.
- Kang, Q., Chan, R., Li, X., Arcelus, J., Yue, L., Huang, J., Gu, L., Fan, Q., Zhang, H., Xiao, Z. & Chen, J. (2017). Psychometric Properties of the Chinese Version of the Eating Attitudes Test in Young Female Patients with Eating Disorders in Mainland China. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.2560>
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.67.3.332>
- Kazdin, A. E., Holland, L., y Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 453–463.
- Kazdin, A. E., y Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069–1074.
- Kehle (2008). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in a frontline service setting. *Cognitive Behavior therapy*, 37(3): 192-198. <https://doi.org/10.1080/16506070802190262>
- Kehle-Forbes, S.M., Meis, L.A., Spont, M.R. y Polusny, M.A. (2015). Treatment Initiation and Dropout From Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy in a VA Outpatient Clinic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 8(1), 107-114. <https://doi.org/10.1037/tra0000065>
- Keijsers, G.P.J., Kampman, M. y Hoogduin, C.A.L. (2001). Dropout Prediction in Cognitive Behavior Therapy for Panic Disorder. *Behavior therapy* 32, 739—749.
- Kellner, R. (1986). Somatization and hypochondriasis. Nueva York: Praeger. <https://doi.org/10.1017/S0033291700025150>
- Kessler, R.C. y Üstün, T.B. (Eds.). (2008). The WHO world mental health survey: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. Nueva York: Cambridge University Press. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10654-010-9441-9>
- Keuthen, N.J., O’Sullivan, R.L., Ricciardi, J.N., et al. (1995). The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. Development and factor analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 141–5.
- Lamb, D.H. (1972) The Speech Anxiety Inventory: Preliminary test manual for Form X. Normal, IL: Illinois State University. <https://doi.org/10.1159/000289003>

- Klein, E. B., Stone, W. N., Hicks, M. W., y Pritchard, I. L. (2003). Understanding dropouts. *Journal of Mental Health Counseling*, 25 (2), 89–100.
- Kline, F., Adrian, A., y Spevak, M. (1974). Patients evaluate therapists. *Archives of General Psychiatry*, 31, 113–116.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C. y Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy research*, 21, 154-167.
- Kocalevent, R-D.; Finck, C.; Pérez-Trujillo, M.; Sautier, L.; Zill, J.y Hinz, A. (2017). Standardization of the Beck Hopelessness Scale in the general population. *Journal of Mental Health*, 26(6), 516-522. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244717>
- Kokotovic, A.M. y Tracey, T.J. (1987). Premature termination at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 80-82.
- Kolb, D.L., Beutler, L.E., Davis, C.S., Crago, M., Shanfield, S.B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 22(4), 702-710. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085556>
- Kontoangelos, K., Tsiouri, S., Poulakou, G., Protopapas, K., Katsarolis, I., Sakka, V., Kavatha, D., Papadopoulos, A., Antoniadou, A., Papageorgiou, C. (2017). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the posttraumatic stress disorder scale. *Mentall Illness*, 9, 5-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5399537/pdf/mi-2017-1-6832.pdf>
- Kopta, S. M. (2003). The dose– effect relationship in psychotherapy: A defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 727–733. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jclp.10167>
- Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., y Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009 –1016.
- Kozak, M.J. y Foa, E.B. (1997a). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach. Client workbook*. Londres: Oxford University Press.
- Kozak, M.J. y Foa, E.B. (1997b). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach. Therapist guide*. Londres: Oxford University Press.
- Kubany, E.S., Haynes, S.N., Abueg, F.R., Manke, F.P., Brennan, J.M. y Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8, 428-444.
- Labrador, F.J. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23 (4), 560-565. <http://www.psicothema.com/pdf/3922.pdf>

- Labrador, F.J.; Bernaldo de Quirós, M. y Estupiñá, F.J. (2011). ¿Por qué se alargan los tratamientos psicológicos? Predictores de una mayor duración del tratamiento y diferencias entre los casos de corta y larga duración. *Psicothema*, 23(4), 573-579. <http://www.redalyc.org/pdf/727/72722232007.pdf>
- Labrador, F.J.; Estupiñá, F.J. y García-Vera, M^ªP. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22 (4), 619-626. <http://www.psicothema.com/pdf/3776.pdf>
- Lambert, M.J. (2007) Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>
- Lambert, M.J. (2013) (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^a ed.). Nueva York: Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. y Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a ed., pp. 143-189). Nueva York: Wiley.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., y Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview (pp. 3-15). In M. J. Lambert's (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B. y Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using client outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 154-172.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., y Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 165–174. <https://doi.org/10.1002/jclp.20113>
- Lampropoulos, G. K. (2010). Type of counseling termination and trainee therapist-client agreement about change. *Counselling Psychology Quarterly*, 23, 111–120. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09515071003721552>
- Lazarus, A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375. <https://doi.org/10.1177%2F0146167283093007>
- Lebow, J. (1982). Consumer satisfaccion with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91, 244-259. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.91.2.244>

- Lewinsohn, P.M.; antonuccio, D.O., Steinmetz, J.L. y Teri, L. (1984). The Coping With Depression course: a psychoeducational intervention for unipolar depression. Eugene, OR: Castalia.
- Lilienfeld, S.O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O. (2010). Can psychology become a science? *Personality and Individual Differences*, 49, 281–288.
- Lincoln, T.M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Witzleben, I., Schroeder, B. y Fiegenbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B., et al. (2005). Who comes, who stays, who profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy Research*, 15, 210–225.
- Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U. y Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders; results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 36-42.
- Loerinc, A.G., Meuret, A.E., Twohig, M.P., Rosenfield, D., Bluett, E.J. y Craske, M.G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*, 42, 72-82.
- Longo, D.A., Lent, R.W. y Brown, S.D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 447-452.
- Lopes, R.T., Gonçalves, M.M.; Sinal, D. y Machado, P.P.P. (2015). Predictors of dropouts in controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 77-81. <http://www.redalyc.org/pdf/337/33732958010.pdf>
- López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Bellaterra: UAB. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2015/131469/metinvsocuan_cap3-6a2015.pdf
- Lorion, R. P. (1974). Patient and therapist variables in the treatment of low-income patients. *Psychological Bulletin*, 81 (6), 344–354. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0036484>
- Lorion, R. P. (1978). Research on psychotherapy and behavior change with the disadvantaged. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2a ed., pp. 903–938). New York: Wiley.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney: Psychology Foundation of Australia.

- Lowry, J. L., y Ross, M. J. (1997). Expectations of psychotherapy duration: How long should psychotherapy last? *Psychotherapy*, 34, 272-277. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0087657>
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8, 198–216. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(200005\)8:3%3C198::AID-ERV356%3E3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3%3C198::AID-ERV356%3E3.0.CO;2-3)
- Malpica, M.J.; Ruiz, V.M.; Godoy, A. y Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25 (2), 217-226. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16712958004.pdf>
- Mancebo, M.C., Eisen, J.L., Sibrava, N.J., Dyck, I.R. y Rasmussen, S.A. (2011). Patient Utilization of Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. *Behavior Therapy*, 42, 399-412. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.10.002>
- Martinez, M.P. y Botella, C. (2005). An exploratory study of the efficacy of a Cognitive–Behavioral Treatment for hypochondriasis using different measures of change. *Psychotherapy Research*, 15 (4), 392-408.
- Martínez-Pecino, R. y Durán, M. (2013). Social communication fears: Factor analysis and gender invariance of the short-form of the personal report of confidence as a speaker in Spain. *Personality and Individual Differences*, 55, 680-684. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2013.05.017>
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A.E., Lenhard, F., Isomura, K., y Simpson, H.B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in Obsessive-Compulsive Disorder. *World Psychiatry*, 15(1), 80-81. <https://doi.org/10.1002/wps.20299>
- Matesanz, A. (2006). Datos para la adaptación castellana de la escala de temores (FSS). *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 521-551.
- Mattick, R.P. y Clarke, C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D.M., Ades, A.E. y Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*; 1(5), 368-376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.
- McFarland, B.R. y Klein, D.N. (2004). Mental health service use by patients with dysthymic disorder: treatment use and dropout in a 7 1/2-year naturalistic follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 246-253. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.comppsy.2004.10.002>

- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welgem J.A, y Otto, M.W. (2013) Patient preference for psychological vs pharmacological treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 595-602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- McIntosh, V.V.W., Carter, F.A., Bulik, C.M., Framptom, C.M.A. y Joyce, P.R. (2011). Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 41, 1061-1071. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001583>
- McMurrin, M., Huband, N., y Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30, 277-287. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>
- Méndez, F., Inglés, C., e Hidalgo, M.D. (2004). La versión española abreviada del “Cuestionario de confianza para hablar en público: fiabilidad y validez en población adolescente”. *Psicología Conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 1, 25-42.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=904181>
- Merrill, K.A., Tolbert, V.E. y Wade, W.A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 404-409. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.71.2.404>
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Mezzich, J.E., Rupiérrez, M.A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I. Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo- STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo: STAXI 2. Madrid: TEA.
- Millar, K.F., Deane, F.P., y Todd, D.M. (2001). Assessing reasons for and mutuality of psychotherapy termination: Development of the termination questionnaire (TQ). Manuscript submitted for publication.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorder*, 88, 27–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.003>

- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1–27. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x>
- Montaño, M. y Froján, M.X. (2005). Literatura científica y práctica clínica. Un estudio comparativo sobre la intervención en los problemas obsesivo compulsivos. *Clínica y Salud*, 16, 237-251. <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617759003.pdf>
- Moré, M. A., Huidobro, Á., Rodríguez, M., y Holgado, P. (2002). Estudio de los abandonos de tratamiento. [A study of treatment drop-out]. *Archivos de Psiquiatría*, 65, 243–262.
- Moreno, P.J., Méndez, X., y Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión metaanalítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352. <http://www.psicothema.com/pdf/341.pdf>
- Morlino, M., Di Pietro, G., Tuccillo, R., Galietta, A., Bolzan, M., Senatore, I., Marozzi, M. y Valoroso, L. (2007). Drop-out rate in eating disorders: Could it be a function of patient-therapist relationship? *Eating and Weight Disorders*, 12, 64-67.
- Morlino M, Martucci G, Musella V, Bolzan M, De Girolamo G. (1995). Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 92:1–6. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09534.x>
- Mueller, M., y Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy*, 37, 117-123. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0087701>
- Nathan, P.E. y Gorman. J.M. (Eds.) (2002). *A guide to treatments that work* (2ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Guía clínica completa número 113*. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder. Guía clínica número 159*. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Neimeyer, R.A. y Moore, M.K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. En R.A. Neimeyer (Ed.).
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: theory, research and clinical guidelines*. New York: Wiley.

- Norton, P.J. y Price, E.C. (2007). A meta analytic review of adult cognitive behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>
- Nugent, W.R. y Thomas, J.W. (1993). Validation of the Self Esteem Rating Scale. *Research on Social Work Practice*, 3, 191-207. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1177/104973159300300205>
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S.W. (2009). Disengagement from mental health services: A literature review. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 44, 558-568. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0>
- Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A. y Piper, W. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 57-70. <https://doi.org/10.1080/10673220590956429>
- Olatunji, B.O., Davis, M.L. Powers, M.B., y Smits, J.A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Olatunji, B.O., Deacon, B.J. y Abramowitz, J.S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder? *British Journal of Psychiatry*, 194, 481-482. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.061085>
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. J. y Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.002>
- Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., y Kessler, R. C. (2009). Dropout from Outpatient Mental Health Care in the United States. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 60(7), 898-907. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.898>
- Olivares J., Macià D., Olivares-Olivares O.J y Rosa Alcázar, A.I. (2012). El ejercicio de la psicología aplicada. La profesión del psicólogo. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Sánchez-García, R., López-Pina, J. y Rosa Alcázar, A.I. (2010). Psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for children in a Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 961-969. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002602>
- Olivares, J; Sánchez-Meca, J. y Rosa-Alcázar, A.I. (1999). Eficacia de las intervenciones conductuales en problemas de ansiedad en España. *Psicología Conductual*, Vol. 7(2), 283-300. <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/7048.pdf>

- Öst, L-G., Havnen, A., Hansen, B. y Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive–compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- Page, A.C., Bennet, K.S., Carter, O., Smith, J. y Woodmore, K. (1997). The Blood Injection Symptom Scale (BISS): Assessing a structure of phobic symptoms elicited by blood and injections. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 457-464. [http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967\(96\)00120-9](http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967(96)00120-9)
- Paul, G.L. (1966) Insight vs. desensitization in psychotherapy. Stanford, California: Stanford University Press.
- Pekarik, G. (1983). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Cognitive Psychology*, 39, 909–913. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198311\)39:6%3C909::AID-JCLP2270390614%3E3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198311)39:6%3C909::AID-JCLP2270390614%3E3.0.CO;2-4)
- Pekarik, G. (1985a). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 114–123. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.16.1.114>
- Pekarik, G. (1985b). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy*, 22, 86-91. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0088531>
- Pekarik, G. (1992a). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 379-387. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199205\)48:3%3C379::AID-JCLP2270480317%3E3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199205)48:3%3C379::AID-JCLP2270480317%3E3.0.CO;2-P)
- Pekarik, G. (1992b). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Cognitive Psychology*, 48, 91–98.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness: Uses of consumer-oriented criteria in defining treatment success. In T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409– 436). New York: Plenum. http://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-1-4615-2914-9_17
- Pekarik, G., y Finney-Owen, K. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. *Community Mental Health Journal*, 23, 120-130.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes J.M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En Pérez Álvarez M., Fernández Hermida J.R., Fernández Rodríguez C., Amigo I. (eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, M.; Fernández-Hermida, J.R.; Fernández, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, II y III*. Madrid: Pirámide.

- Pérez, A., y Valenzuela, V. (1991). Estandarización de las escalas de Evitación y Ansiedad Social (SAD) y Temor a la Evaluación Negativa (FNE) y relación entre la ansiedad social y los comportamientos asertivo y agresivo. Unpublished undergraduated thesis). Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Perpiñá, C. (1996). Evaluación de los trastornos alimentarios. En G. Buela Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Dirs.), Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (pp. 675-699). Madrid: Siglo XXI.
- Persons, J.B., y Burns, D.D. (1985). Mechanisms of action of cognitive therapy: The relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 539-551. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF01173007.pdf>
- Persons, J.B., y Burns, D.D. y Perloff, J.M. (1988). Predictors of drop and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 12(6), 557-575.
- Persons, J.B., Roberts N. A., Zalecki C.A. y Brechwald W.A.G.E (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041–1051. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.005>
- Phillips, L. E. (1985). *Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Philpott, R. (1975). Recent advances in the behavioral measurement of obsessional illness: Difficulties common to these and other instruments. *Scottish Medial Journal*, 20, 33-40.
- Piselli, A., Halgin, R.P., y MacEwan, G.H. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role on premature termination. *Psychotherapy Research*, 21, 400-415. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.573819>
- Pompoli, A., Furukawa, T.A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O. y Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
- Powers, M. y Emmelkamp, P. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.006>
- Powers, M.B.; Halpern, J.M.; Ferenschak, M.P.; Gillihan, S.J. y Foa, E.B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>
- Powers M.B., Sigmarsson S. y Emmelkamp P.M.G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 94–113.

- Prochaska, J. A. (1999). How people change, and how can we change to help many more people? (pp. 227-255). En Hubble, M. A., Duncan, B. L., y Miller, S. D. (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, D.C.: APA.
- Pulford, J., Adams, P., y Sheridan, J. (2008). Therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Community Mental Health Journal*, 44, 181-186. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10597-007-9116-5>
- Radomsky, A.S., Rachman, S., Thordarson, D.S., Mclsaac, H.K. y Teachman, B.A. (2001). The Claustrophobia Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 287-297.
- Raich, R.M. (1988). Evaluación y tratamiento de un caso de trastorno obsesivo compulsivo. En D. Macià y F.X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos* (pp. 66-84). Madrid: Pirámide.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model for depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804. [http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894\(77\)80150-0](http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7894(77)80150-0)
- Reis, B.F. y Brown, L.G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0087822>
- Reis, B.F. y Brown, L.G. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Research and Practice*, 37, 311-316. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.37.3.311>
- Rhodes, R., Hill, C. E., Thompson, B. J., y Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473-483. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.41.4.473>
- Rizvi, S. L., Vogt, D. S., y Resick, P. A. (2009). Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 737-743. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.003>
- Rogers C.P. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Roos, J. y Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Rosa-Alcázar A.I., Sánchez-Meca J., Gómez-Conesa A., Marín-Martínez F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 28, 1310-1325.

- Rothbaum, B.O. y Shahar, F. (2000). Behavioral treatment of obsessive compulsive disorder in a naturalistic setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>
- Rounsaville, B.J., Carroll, K.M. y Onken, L. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from Stage 1. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 133-142. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.2.133>
- Rousseau, A., Knotter, A, Barbe, P., Raich, R. y Chabrol, H (2005). Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire. *Encephale*, 31(2), 162-173.
- Ruhmland, M. y Margraf, J. (2001). Efectividad psicológica de terapias de generalizada ansiedad y fobia social: Meta-Análisis de la literatura [Efficacy of Psychological treatments for generalized anxiety disorder and social phobia]. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40. <https://doi.org/10.1159/000050322>
- Ruhmland, M. y Margraf, J. (2001). Efectividad psicológica de terapias de fobia específica y trastorno obsesivo compulsivo: Meta-Análisis de la literatura (Efficacy of psychological treatments for specific phobia and obsessive compulsive disorder). *Verhaltenstherapie*, 11, 14-26. <https://doi.org/10.1159/000050321>
- Ruiz, J. Bados, A., Fusté, A., García-Grau, E., Saldaña, C. y Lluch, T. (2016). Aprendizaje experiencial de habilidades terapéuticas y análisis de su utilidad en función de la personalidad. *Psicología Conductual*, 24 (3), 405-422.
- Ruiz Rodríguez, J. Bados, A.; Fusté, A.; García-Grau, A.; Saldaña, C.; Balaguer, G.; Lluch, T y Arcos, M. (2018). Peer counselling versus role-playing: two training methods of therapeutic skills in clinical psychology. *Psicothema*, 30 (1), 21-26. <http://www.psicothema.com/pdf/4445.pdf>
- Saldaña (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 3, 381-392. <http://www.psicothema.com/pdf/461.pdf>
- Saldaña, C., Bados, A., García-Grau, E., Balaguer, G. y Fusté, A. (2009). La Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona. *Acción Psicológica*, 6 (1), 113-122. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:AccionPsicologica2009-numero1-0011/Documento.pdf>
- Sánchez-Meca, J., Gómez, A. y Méndez, F.X. (2003). El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo compulsivo en Europa: un estudio meta analítico. *Psicología Conductual*, 11, 213-237.
- Sánchez-Meca J.; Marín-Martínez, F. y López-López, J.A. (2011). Meta-análisis e Intervención Psicosocial Basada en la Evidencia. *Psychosocial Intervention*, Vol. 20 (1), 95-107. <http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a8>.

- Sánchez-Meca, J., Rosa Alcázar, A. I., y Olivares Rodríguez, J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20, 55-68. https://www.um.es/analesps/v20/v20_1/06-20_1.pdf
- Sánchez-Meca J.; Rosa-Alcázar A.I.; Marín-Martínez F. y Gómez-Conesa A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 30, 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Sanz, A., Sotoca, A., Gómez, Z., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2005). Effectiveness of cognitive-behavioral techniques as a treatment for panic disorders. Póster presentado en el 9th European Congress of Psychology, Granada, 3-8 de julio.
- Sarason, I.G. (1980). Introduction to the study of test anxiety. En I.G. Sarason (Ed.), *Test anxiety* (pp. 3-14). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schnurr, P.P. (2007). The rocks and hard places in psychotherapy outcome research. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (5), 779-792. <https://doi.org/10.1002/jts.20292>
- Self, R., Oates, P., Pinnock-Hamilton, T., y Leach, C. (2005). The relationship between social deprivation and unilateral termination (attrition) from psychotherapy at various stages of the health care pathway. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 95-111. <https://doi.org/10.1348/147608305X39491>
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.126.4.512>
- Sharf, J.; Primavera, L.H.; y Diener, M.J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637-645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Simonds, L., Thorpe, S. y Elliott, S. (2000). The Obsessive Compulsive Inventory: psychometric properties in a nonclinical student sample; 28, 153-159. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(2), 153-159.

- Sims, H., Sanghara, H., Hayes, D., Wandiembe, S., Finch, M., Jakobsen, H., et al. (2012). Text message reminders of appointments: a pilot intervention at four community mental health clinics in London. *Psychiatric Services* (Washington, DC), 63, 161–168. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100211>
- Skapinakis, P., Caldwell, D. M, Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A, Salkovskis, P., . . . Lewis, G. (2016c). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 730-739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)
- Skapinakis, P., Caldwell, D., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., Salkovskis, P., . . . Lewis, G. (2016d). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment*, 20, 1-392. <https://doi.org/10.3310/hta20430>
- Smith, K.J., Mezydlo, S.L. y Kalodner, C. (1995). The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 42(1), 34-39. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.42.1.34>
- Spielberger, C.D. (1980). Test Anxiety Inventory: Preliminary professional manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E (1982). Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad. Madrid: TEA.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R. y Jacobs, G.A. (1983). Manual for the State Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Spielmans, G. I., Benish, S. G., Marin, C., Bowman, W. M., Menster, M. y Wheeler, A. J. (2013). Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 460-469. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.008>
- Sprinkle, S. D., Daphne, L., Insko, S. L., Atkinson, G., Jones, G. L., Logan, A. R., et al. (2002). Criterion validity, severity cut scores, and test–retest reliability of the Beck Depression InventoryII in a university counseling center sample. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 381–385. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.49.3.381>
- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L., y Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 28, 209–214. [http://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1098-108X\(200009\)28:2%3C209::AID-EAT10%3E3.O.CO;2-L](http://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1098-108X(200009)28:2%3C209::AID-EAT10%3E3.O.CO;2-L)
- Steinhausen H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159: 1284–1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>

- Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive compulsive disorder: A behavioral and cognitive protocol for the treatment of OCD*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Stewart, R. y Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 595-606. <https://doi.org/10.1037/a0016032>
- Swett J. y Noones J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hosp Community Psychiatry*, 40, 947-951. <https://doi.org/10.1176/ps.40.9.947>
- Swenson, T. R., y Pekarik, G. (1988). Interventions for reducing missed initial appointments at a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 24, 205-218. <https://doi.org/10.1007/BF00757138>
- Swift, J. K., y Callahan, J. L. (2008). A delay discounting measure of great expectations and the effectiveness of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 581-588. <http://psycnet.apa.org/buy/2008-17522-004>
- Swift, J.K. y Callahan, J.L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, 21, 193-200. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.541294>
- Swift, J.K., Callahan, J.L. y Levine, J.C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46, 328-335. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0017003>
- Swift, J.K., Callahan, J.L. y Vollmer, B.M. (2011). Preferences. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed. Pp. 301-315). <https://doi.org/10.1002/jclp.20759>
- Swift, J.K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J.K. y Greenberg, R. P.; Whipple, J.L.; y Kominiak, N. (2012). Practice Recommendations for Reducing Premature Termination in Therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43 (4), 379-387. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028291>
- Swift, J.K. y Greenberg, R. P. (2014). A Treatment by Disorder Meta-Analysis of Dropout From Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24 (3), 193-207. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0037512>
- Swift, J.K. y Greenberg, R. P. (2015). *Premature Termination in Psychotherapy. Strategies for engaging clients and improving outcomes*. Washington: APA.
- Tallis, F., Eysenck, M. y Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161-168. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90038-Q](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90038-Q)

- Tallis, F., Davey, G.C.L. y Bond, A. (1994). The Worry Domains Questionnaire. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment* (pp. 285-297). Nueva York: Wiley.
- Taylor, K. N. y Stopa, L. (2013). The fear of others: A pilot study of social anxiety processes in paranoia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 66-88. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000690>
- Taylor, S., Zvolensky, M.J., Cox, B.J., Deacon, B., Heimberg, R.G., Ledley, D.R., Abramowitz, J.S., Holaway, R.M., Sandin, B., Stewart, S.H., Coles, M., Eng, W., Daly, E.S., Arrindell, W.A., Bouvard, M., & Jurado Cardenas, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI 3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176.supp>
- Thompson-Brenner, H., Glass, S. y Westen, D. (2003). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 269-287. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg024>
- Thormählen, B., Weinryb, R.M., Nore'n, K., Vinnars, B., Bågedahl-Strindlund, M., y Barber, J.P. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 13, 493-509. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg039>
- Todd D.M., Deane F.P. y Bragdon R.A. (2003). Client and therapist reasons for termination: a conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1):133-147. <https://doi.org/10.1002/jclp.10123>
- Tryon, G.S. y Kane, A.S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy research*, 5, 189-198. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10503309512331331306>
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. y Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.1.1.35>
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Spaulding, S.A. y Brown, J.M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1-4.
- Tuschen Caffier, B., Pook, M. y Frank, M. (2001). Evaluation of manual-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a service setting. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 299-308. [http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967\(00\)00004-8](http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0005-7967(00)00004-8)
- Vall, E. y Wade, T.D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>

- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L.H., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A. y Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and Rehabilitation*, 36(8), 628-634. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.808271>
- Vandereycken, W., y Pierloot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. *British Journal of Medical Psychology*, 56 (2), 145–156. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1983.tb01542.x>
- Van Gerwen, L.J., Spinhoven, P., Diekstra, R.F.W. y Van Dyck, R. (2002). Multicomponent standardized treatment programs for fear of flying: description and effectiveness. *Cognitive and Behavioral Practice* 9, 138-149. [http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S1077-7229\(02\)80007-4](http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S1077-7229(02)80007-4)
- Van Ingen, D. J., Freiheit, S. R., y Vye, C. S. (2009). From the lab to the clinic: Effectiveness of cognitive behavioral treatments for anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 69–74. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0013318>
- Van Oppen, P., van Balkom, A., Smit, J., Schuurmans, J., van Dyck, R., & Emmelkamp, P. (2010). Does the therapy manual or the therapist matter most in treatment of obsessive-compulsive disorder? A randomized controlled trial of exposure with response or ritual prevention in 118 patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1158-1167. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04990blu>
- Van Rijsoort, S., Emmelkamp, P. y Vervaeke, G. (1999). The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: structure, reliability and validity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 297-307. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199910\)6:4%3C297::AID-CPP206%3E3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199910)6:4%3C297::AID-CPP206%3E3.0.CO;2-E)
- Visser, S. y Bouman, T.K. (2001). The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 423-442. <http://hdl.handle.net/11370/45d8b8ab-7cac-496e-adbf-26f74de8a817>
- Vogel, D. L., y Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 351–361. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.50.3.351>
- Wade, W.A., Treat, T.A. y Stuart, G.L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-239. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.66.2.231>
- Walitzer, K.S., Dermen, K.H. y Connors, G.J. (1999). Strategies for Preparing Clients for Treatment: A review. *Behavior Modification*, 23(1), 129 – 151. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1177%2F0145445599231006>

- Waller (1998). Drop-out and Failure to Engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders* 22(1):35-41 · August 1997. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9140733>
- Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R. y Patient, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 13-17. <https://doi.org/10.1002/eat.22181>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00063-9](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00063-9)
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0027806>
- Wattar, U., Sorensen, P., Buemann, I., Birket Smith, M., Salkovskis, P.M., Albertsen, M. y Strange, S. (2005). Outcome of cognitive behavioural treatment for health anxiety (hypochondriasis) in a routine clinical setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 165-175. <https://doi.org/10.1017/S1352465804002000>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., y Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 541– 550. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>
- Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W. y Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.12.012>
- Weck, F. y Neng, J.M.B. (2015). Response and remission after cognitive and exposure therapy for hypochondriasis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 883-885. <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-201511000-00012>
- Weck, F., Neng, J. M. B., Richtberg, S., Jakob, M. y Stangier, U. (2015). Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 665-676. <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fccp0000013>
- Weitz, E.S., Hollon, S.D., Twisk, J., Van Straten, A., Huibers, M.J.H., David, D., DeRubies, R.J., Dimidjian, S., Dunlop, B.W., Cristea, I.A., Faramarzi, M., Hegerl, U., Jarrett, R.B., Kheikhah, F., Kennedy, S.H., Mergl, R., Miranda, J., Mohr, D.C. Rush, J., Segal, Z.V., Siddique, J., Simons, A.D., Vittengl, J.R. y Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy

- vs pharmacotherapy: an individual patient data metaanalysis. *JAMA Psychiatry*; 72, 1102–1109. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2436905>
- Westbrook, D., y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243–1261. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.006>
- Westen, D. y Morrison, K. (2001). A multidimensional meta- analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.69.6.875>
- Westmacott, R.; Hunsley, J.; Best, M.; Rumstein-Mckean, O. y Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, 20(4), 423- 435. <https://doi.org/10.1080/10503301003645796>
- Whittal, M. L., Agras, W. S., y Gould, R. A. (1999). Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117 – 135. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80049-5)
- Wierzbicki, M., y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190–195. <http://psycnet.apa.org/buy/1993-30339-001>
- William B. Ware , John P. Galassi & Kathleen Michie Harris Dew (1990) The test anxiety inventory: A confirmatory factor analysis, *Anxiety Research: An International Journal*, 3:3, 205-212, <https://doi.org/10.1080/08917779008248753>
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. y ... Steinhausen, H.-C. (2001). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wolitzky-Taylor K.B., Horowitz J.D., Powers M.B. y Telch M.J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*; 28, 1021-1037. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.007>
- Wolpe (1982). *The practice of behavior therapy* (3a ed.). Nueva York: Pergamon Press.
- Wootton, B.M. (2016). Remote cognitive–behavior therapy for obsessive–compulsive symptoms: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 43, 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.001>

- Wootton, B.M., Bragdon, LB., Steinman, S.A. y Tolin, D.F. (2015). Three-year outcomes of adults with anxiety and related disorders following cognitive-behavioral therapy in a non-research clinical setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 28-31. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.01.007>
- Wu, K.D. y Watson, D. (2003). Further investigation of the obsessive compulsive inventory: Psychometric analysis in two non clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 305-319. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00234-7](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00234-7)
- Zayfert, C., DeViva, J.C., Becker, C.B., Pike, J.L., Gillock, K.L. y Hayes, S.A. (2005). Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a “real world” clinical practice. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 637-645. <https://doi.org/10.1002/jts.20072>
- Zweig, D. R., y Brown, S. D. (1985). Psychometric evaluation of a written stimulus presentation format for the Social Interaction Self-Statement Test. *Cognitive Therapy and Research*, 9(3), 285-295. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF01183848>

X. ANEXOS

ANEXO 1: Fórmulas cálculo TE

Tabla 1. Fórmulas para el cálculo del TE utilizadas en cada uno de los MA y estudios de eficacia.

EFICACIA		
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Olivares et al (1999) MA de 27 ECA y 319 clientes	g de Hedges	DT no especificada Los TE se calcularon a partir de las medias, desviaciones típicas y otros estadísticos presentados en los estudios, tales como pruebas T , razones F , etc.
Norton y Price (2007) MA de 119 ECA	g de Hedges	DT pretest
Bandelow et al. (2015) MA Tr. de ansiedad (pánico, Ansiedad Social y TAG)	d de Cohen	DT pretest
AGOR. Y TP		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Olivares et al. (1999) MA 6 estudios	d de Cohen	DT no especificada Los TE se calcularon a partir de las medias, desviaciones típicas y otros estadísticos presentados en los estudios, tales como pruebas T , razones F , etc.
Westen y Morrison (2001) MA 17 ECA	d de Cohen	DT pretest
Norton y Price (2007) MA 34 ECA	g de Hedges	DT pretest
Bandelow et al. (2015) MA 40 ECA	d de Cohen	DT pretest
FOBIAS ESPECÍFICAS		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Olivares et al. (1999) MA 7 estudios	d de Cohen	DT no especificada Los TE se calcularon a partir de las medias, desviaciones típicas y otros estadísticos presentados en los estudios, tales como pruebas T , razones F , etc.
Ruhmland y Margraf (2001) MA 8 estudios	g de Hedges	DT conjunta
FOBIA SOCIAL		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Olivares et al. (1999) MA 7 estudios	d de Cohen	DT no especificada Los TE se calcularon a partir de las medias, desviaciones típicas y otros estadísticos presentados en los estudios, tales como pruebas T , razones F , etc.
Moreno et al. (2000) MA 39 estudios	d de Cohen	DT conjunta El índice del TE que empleamos es la diferencia media tipificada d (Hedges y Olkin, 1985). d se definió como la diferencia entre la media del <i>pretest</i> y la media del <i>postest</i> dividida por la DT intra-grupo conjunta (o en su defecto, el promedio de las DT del <i>pretest</i> y del <i>postest</i>)
Ruhmland y Margraf (2001) MA 29 estudios	g de Hedges	DT conjunta
Sánchez-Meca et al (2004) MA 35 estudios	g de Hedges	DT pretest
Norton y Price (2007) MA 17 ECA	g de Hedges	DT pretest
Bandelow et al. (2015) MA 34 ECA	d de Cohen	DT pretest

Tabla 1. Fórmulas para el cálculo del TE utilizadas en cada uno de los MA y estudios de eficacia (Continuación).

TAG		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Westen y Morrison (2001) MA 5 Estudios	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
Borkovec y Ruscio (2001) MA 13 ECA	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
Norton y Price (2007) MA 17 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT pretest
Bandelow et al. (2015) MA 22 ECA	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
Cuijpers, Cristea, Weitz et al. (2016) MA 16 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT de las diferencias con $r = 0,70$
TEPT		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Olivares et al. (1999) MA 3 estudios	<i>d</i> de Cohen	DT no especificada Los TE se calcularon a partir de las medias, desviaciones típicas y otros estadísticos presentados en los estudios, tales como pruebas <i>T</i> , razones <i>F</i> , etc.
Bradley et al (2005) MA 26 ECA	<i>d</i> de Cohen	DT combinada ¹
Norton y Price (2007) MA 23 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT pretest
Barrera et al. (2013) MA 12 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT pretest
Erford et al. (2016) MA 152 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT similar a la DT de las diferencias con r original o, si no, $r = 0,70$
TOC		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Ruhmland y Margraf (2001) MA 32 estudios	<i>g</i> de Hedges	DT conjunta
Sánchez-Meca et al. (2003) MA 43 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT pretest
Eddy et al. (2004) MA 15 ECA	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Norton y Price (2007) MA 14 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT pretest
Öst et al. (2015) MA con 37 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT conjunta
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Westen y Morrison (2001) MA Estudios	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
Johansen y Friborg (2015) MA 17 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT de las diferencias ¿ r ?
TCA		
MA o Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Whittal et al. (1999) BN MA 9 + 26 ECA	<i>d</i> de Cohen	DT combinada
Thompson-Brenner et al (2003) MA 26 ECA	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Hartmann et al. (2010). AN MA 57 ECA	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
Erford et al. (2013) MA 111 ECA	<i>d</i> de Cohen	DT similar a la DT de las diferencias con r original o, si no, $r = 0,80$

Tabla 2. Fórmulas para el cálculo del TE utilizadas en cada uno de los MA y estudios de Utilidad clínica.

UTILIDAD CLÍNICA		
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Van Ingen et al. (2009) MA 11 estudios		DT pretest
Hans y Hiller (2013a) MA 71 Estudios	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Castilla Baylos et al. (2005) Estudio N= 94 clientes		DT pretest
Wootton et al. (2015) ECA 98	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
AGO/TP		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Stewart y Chambless (2009) MA 9		DT de la diferencia con $r = 0,41$
Hans y Hiller (2013a) MA 20 estudios	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Sanz et al. (2005) Estudio N=30	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
FOBIAS ESPECÍFICAS		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
--		
FOBIA SOCIAL		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Stewart y Chambless (2009) MA 11	<i>g</i> de Hedges	DT de la diferencia con $r = 0,41$
Hans y Hiller (2013a) MA 16 estudios		this meta-analysis reports on within-group effect sizes according to the procedures for calculation outlined by Lipsey & Wilson (2001). Becker's (1988) standardized mean gain effect size statistic, using the pooled standard deviation, was calculated from means and standard deviations following the recommendations for within-group analyses
González et al (2010) Estudio N=53 clientes		DT no especificada
Labrador y Ballesteros (2011) Estudio N=71	<i>g</i> de Hedges	DT combinada
TAG		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Stewart y Chambless (2009) MA 11 estudios	<i>g</i> de Hedges	DT de la diferencia con $r = 0,41$
Kehle et al. (2008) Estudio N= 29 ITT 8 completan	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
TEPT		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Stewart y Chambless (2009) MA 6 ECA	<i>g</i> de Hedges	DT de la diferencia con $r = 0,41$
Hans y Hiller (2013a) MA 9 estudios	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Gillespie et al (2002) Estudio N=78	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Foa et al. (2005) Estudio N=171		DT conjunta
Duffy et al (2007) Estudio N= 58	<i>Dudo si es pre-post o vs lista de espera</i>	DT no especificada
Brewin et al. (2008) Estudio N= 82	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Ehlers et al (2013) Estudio N= 330	<i>d</i> de Cohen	Tanto DT conjunta como DT pretest

Tabla 2. Fórmulas para el cálculo del TE utilizadas en cada uno de los MA y estudios de Utilidad clínica (Continuación)-

TOC		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Stewart y Chambless (2009) MA 11 estudios	<i>g</i> de Hedges	DT de la diferencia con $r = 0,41$
Hans y Hiller (2013a) MA 27 estudios	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Franklin et al. (2000) Estudio N=100 clientes	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
Warren y Thomas (2001) Estudio N=26 clientes	<i>d</i> de Cohen	DT no especificada
Håland et al. (2010) Estudio N=54		DT no especificada
Van Oppen et al. (2010) Estudio N= 118 clientes		DT conjunta
Houghton et al. (2010) Estudio N= 37 clientes		DT de la diferencia
TAS		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Weck, Groupalis et al. (2015) Estudio N = 147	<i>d</i> de Cohen	DT no especificada
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Hans y Hiller (2013b) MA 34	<i>d</i> de Cohen	DT conjunta
Enjuanes et al. (2005) Estudio N=35	<i>d</i> de Cohen	No hay tamaño del efecto
Westbrook y Kirk (2005)	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
Persons et al. (2006) Estudio N= 58 clientes	<i>d</i> de Cohen	DT pretest
TCA		
MA O Estudio	TE	FÓRMULA CÁLCULO TE
Tuschen Caffier et al. (2001) Estudio N= 67 clientes BN	<i>d</i> de Cohen	DT pretest

ANEXO 2: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS CUESTIONARIOS UTILIZADOS

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio.

TRASTORNO DE ANSIEDAD							
Beck Anxiety Inventory, BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) (Beck, Epstein et al., 1988; Beck y Steer, 1993)							
Validez		Dato	Consistencia interna		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
Adaptación española Validez convergente N=207 Pacientes sevillanos con diferentes diagnósticos psiquiátricos	SCL-90 ANS.	r = .86 (p < .01)	N=207 Pacientes sevillanos con diferentes diagnósticos psiquiátricos Morejón et al. (2014).	Global	0.91	Adaptación española N=48 Pacientes españoles con diferentes diagnósticos psiquiátricos. 8-10 semanas. Morejón et al. (2014).	0,84
	SOMATIZACIÓN	r = .81 (p < .01)		Subescala Somática	0.87		
	O-C	r = .60 (p < .01)		Subescala Cognitiva	0.81		
	ANS. FÓBICA	r = .63 (p < .01)					
-Pacientes españoles con diferentes diagnósticos psiquiátricos (N=219) Morejón et al. (2014).	Anxious Thoughts Inventory	r = .57 (p < .01)					
Validez convergente MA de 4 estudios N=1212 Población clínica y no clínica	Subescala Fobia Social de la SCID-IV:	r=0.24	MA de 117 estudios N=43932 Población combinada clínica y no clínica	Consistencia interna agregada	0.91	MA de 18 estudios N=2800 Población clínica y no clínica. Media de 6 semanas. Bardhoshi et al. (2016)	0,65
MA de 12 estudios N=2104 Población clínica y no clínica	DASS	r=0.81					
MA de 12 estudios N=2483 Población clínica y no clínica	HAM-A	r=0.57	MA de 61 estudios N=18015 Población clínica	Consistencia interna	0.91		
MA de 12 estudios N=3884 Población clínica y no clínica	STAI-S	r=0.53					
MA de 109 estudios N=28533 Población clínica y no clínica Bardhoshi et al. (2016)	STAI-T	r=0.56					
	BDI-II	r=0.59					
Adaptación Española Validez convergente N=249 Población general española. Magán et al. (2008)	BDI-II	r=0.63	Adaptación Española Validez convergente N=249 Población general española. Magán et al. (2008)		0,93 (Global)	--	--
	STAXI-II (Rasgo Ira)	r=0.32					

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

TRASTORNO DE PÁNICO- AGORAFOBIA								
The Body Sensations Questionnaire, BSQ (Cuestionario de Sensaciones Corporales) (Chambless et al., 1984)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
						N=53 pacientes agorafóbicos con ataques de pánico. 31 días. Chambless et al. (1984)		
						0,67		
Agoraphobic Cognitions Questionnaire, ACQ (Cuestionario de Cogniciones Corporales) (Chambless et al., 1984)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
						N=53 pacientes agorafóbicos con ataques de pánico. 31 días. Chambless et al. (1984)		
						0,71		
Mobility Inventory for Agoraphobia, MIA (Inventario de Movilidad para la Agorafobia) (Chambless et al., 1985)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	Evitación Solo	Evitación acompañado
						Pacientes agorafóbicos. 8 días Chambless et al. (1985). Pacientes agorafóbicos. 31 días Chambless et al. (1985).	0,90 0,89	0,86 0,75
			N=129 pacientes con trastorno de pánico (Chambless et al. 2011)	N= 83 Evitación solo N= 99 Evitación acompañado	0,96 0,95			
						Estudiantes. 42 días. Stephenson et al. (1997).	0,76	0,75
						Pacientes con trastorno de pánico con agorafobia. 5 años (Rodriguez et al. (1997)	0,83	0,76
The Anxiety Sensitivity Index-3, ASI-3 (Índice de Sensibilidad a la Ansiedad- 3) (Taylor et al., 2007)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
Validez discriminante N=582 Universitarios españoles 403 mujeres y 179 varones. Sandín et al. (2007)	PANAS (afecto +)	0,02	N=582 Universitarios españoles 403 mujeres y 179 varones. Sandín et al. (2007)		0,91	N=582 Universitarios españoles, 403 mujeres y 179 varones. 1 mes. Sandín et al. (2007)	0,85	
	PANAS (afecto -)	0,43						
	Symptom Assessment-45-Q (Total)	0,56 (0,34)						

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

FOBIA SOCIAL						
Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI (Inventario de Ansiedad y Fobia Social) (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
			Estudiantes Universitarios de Psicología (N = 173; 56 hombres y 171 mujeres) (Turner, Beidel, Dancu y Stanley, 1989)	Fobia Social	0,96	Estudiantes Universitarios de Psicología (N = 173; 56 hombres y 171 mujeres). 2 semanas. Turner, Beidel, Dancu y Stanley, (1989).
				Agorafobia	0,85	
Escala de Miedo a la Evaluación Negativa. Fear Negative Evaluation (FNE) (Watson y Friend, 1969)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
						154 estudiantes Universidad de Toronto. 1 mes. Watson y Friend, (1969)
						Adolescentes Españoles (N = 303; 202 fóbicos sociales y 101 personas no clínicas; 112 hombres y 191 mujeres). 10 días García-López, Olivares, Hidalgo, Beydel y Turner, (2001)
Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale-BFNE; (Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve) (Leary, 1983 a partir de Watson y Friend, 1969)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
						N= 75 de universitarios. 4 semanas. Leary, 1983; Miller (1995)
						Población clínica: fobia social y trastorno de pánico. 2 semanas. Collins et al. (2005)
Validez convergente N=122; fobia social mínimo 1 año Gallego et al., (2007)	SAD	r=0,52	N=122; fobia social mínimo 1 año Gallego et al., (2007)	Total	0,90	
	BDI	r=0,43		BFNE-S	0,91	
	STAI-R	r=0,47		BFNE-R	0,76	
	STAI-E	r=0,21				
Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale- Revised, BFNE-II (Escala de Miedo a la Evaluación Negativa Versión Breve- Revisada) (Taylor, 1993 a partir de Leary, 1983)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
--		--	--		--	--

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Assertion Inventory, AI (Inventario de Aserción) (Gambrell y Richey, 1975)							
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	Grado de inquietud	Probabilidad de respuesta
--	--	--		--	1050 personas de población general mejicana. Castañón et al. (2011)	0,50	0,55
--	--	--		--	Pacientes adultos con esquizofrenia (N=125). Casas-Anguera et al. (2014).	0,78	0,84
--	--	N=150 (63 ♂, 87 ♀), estudiantes psicología 1er curso, 19-21 años. Carrasco et al. (1989)	Probabilidad de respuesta	0,88	N=150 (63 varones, 87 mujeres), estudiantes psicología 1er curso, 19-21 años.	--	0,84
Cuestionario del Estado de la Ansiedad Social, CEAS (Bados 2001)							
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	--		--	--	--	--
Multidimensional Scale of Social Expression – Cognitive Part, MSE-C; (Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Cognitiva, EMES-C) (Caballo, 1993)							
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	Caballo, V. E., y Ortega, A. R. (1989)		0,92	1 mes Caballo y Ortega, (1989)		0,83
Multidimensional Scale of Social Expression – Cognitive Part, MSE-M; (Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte EMES-M) (Caballo 1993)							
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	Caballo (1993).		0,92	71 Universitarios españoles. 1 mes. Caballo (1993).		0,92
Social Phobia Scale, SPS; (Escala de Fobia Social) (Mattick y Clarke, 1998)							
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	N=36 Fóbicos sociales australianos post-tratamiento Mattick y Clarke, (1998)	Fobia social	0,89	N=36 Fóbicos sociales australianos post, 1 mes. Mattick y Clarke, (1998)		0,91
			Agorafobia	0,91			
			Total	0,94			
--	--	--		--	N=9 Fóbicos sociales australianos lista espera. 12 semanas. Mattick y Clarke, (1998)		0,93
Social Interaction Anxiety Scale, SIAS; (Escala de Ansiedad ante la Interacción Social) (Mattick y Clarke, 1998)							
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	N=36 Fóbicos sociales australianos post-tratamiento Mattick y Clarke, (1998)	Fobia social	0,93	N=36 Fóbicos sociales australianos post-tratamiento, 1 mes. Mattick y Clarke, (1998)		0,92
			Agorafobia	0,91			
			Total	0,94			
--	--	--		--	N=9 Fóbicos sociales australianos lista espera. 12 semanas. Mattick y Clarke, (1998)		0,92

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Social Avoidance and Distress Scale, SADS; (Escala de Malestar y Evitación Social) (Watson y Friend, 1969)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--		--	N=205 alumnos de instituto (Watson y Friend, 1969)	0,77	N=154 alumnos de instituto. 1 mes Watson y Friend, (1969)	
Survey of Heterosexual Interactions, SHI (Inventario de Interacciones Heterosexuales). (Twentyman y McFall 1975, citado en Caballo, 1993)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--		--	--	--	--	
Social Interaction Self-Statement Test, SISST (Cuestionario de Autoverbalizaciones en Interacciones Sociales). (Glass et al. 1982)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--		--	--	--	--	
FOBIA SOCIAL ESPECÍFICA: MIEDO A HABLAR EN PÚBLICO						
Personal Report of Confidence as a speaker, PRCS-R (Informe personal de Confianza como Orador) (Paul, 1966)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
Validez convergente N= 523 estudiantes estadounidenses. Paul (1966)	Subescala Hablar en público del S-R Inventory of Anxiousness	r= 0,72	N= 523 estudiantes estadounidenses Paul (1966)	0,91	N= 523 estudiantes estadounidenses. 6 meses Paul (1966)	0,61
	Audience Anxiousness	r= 0,84				
	Interaction anxiousness	r= 0,63				
	IPAT Anxiety Questionnaire	r= 0,32				
Adaptación española. PRCS-M N=120 Pacientes españoles con fobia social. Gallego et al. (2009)	SAD (Social Avoidance and Distress Scale)	r= 0,31	N=120 Pacientes españoles con fobia social. Gallego et al. (2009)	0,89	--	--
	BFNE	r= 0,35				
Validez convergente Versión reducida de la adaptación Española-SFPRCS. N=190 Universitarios españoles (Sevilla). Martínez-Pecino y Durán (2013)	SSPS-P (Positive Self Statements during Public Speaking)	r= 0,56 (p<0.001)	N=190 Universitarios españoles (Sevilla). Martínez-Pecino y Durán (2013)	0,91	--	--
	SSPS-N (Negative Self Statements during Public Speaking):	r= 0,71 (p<0.001)				

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Inventario de Creencias al Hablar en Público- ICHP (Bados)					
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
--		--	--	--	--
State Speech Anxiety Inventory, SSAI (Inventario de Estado de Miedo a Hablar en Público) (Lamb, 1972)					
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
--		--	--	--	--
Trait Speech Anxiety Inventory- TSAI (Inventario de Rasgo de Miedo a Hablar en Público) (Lamb, 1972)					
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
--		--	--	--	--
Speech Anxiety Thoughts Inventory- SATI (Inventario Relacionado con los Pensamientos a la Hora de Hablar en Público) (Cho, Smits y Telch, 2004)					
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
Validez convergente y divergente N=548 estudiantes noveles de psicología, Cho et al., (2004).	ASC ASC (Appraisal of Social Concerns)	$r= 0,785$ ($p<0.001$)	Estudio 1: N=361 Universitarios estadounidenses de la carrera de psicología	0,94	N=548 estudiantes noveles de psicología, 4 semanas. Escala Total Cho et al., (2004). 0,71 (Total) 0,73 (Predicción de una mala ejecución) 0,64 (Miedo a la evaluación negativa)
	PRCS (Personal Report of Confidence as a Speaker)	$r= 0,72$ ($p<0.001$)	Total		
	SSPS-N (Negative Self Statements during Public Speaking)	$r= 0,75$ ($p<0.001$)	Subescala Predicción de una mala ejecución		
	LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale)	$r= 0,71$ ($p<0.001$)	Subescala Miedo a la evaluación negativa por parte del auditorio	0,89	
	PRCS-P (Positive Personal Report of Confidence as a Speaker)	$r= 0,56$ ($p<0.001$)	Estudio 2: N=548 Universitarios estadounidenses de la carrera de psicología.	0,95 0,94 0,91	
	BDI (Depression Inventory)	$r= 0,37$ ($p<0.001$)	Total Subescala Predicción de una mala ejecución Subescala Miedo a la evaluación negativa por parte del auditorio		
Cho, Smits y Telch (2004)					

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

FOBIA ESPECÍFICA						
Claustrophobia Questionnaire, CLQ (Cuestionario de Claustrofobia) (Radomsky et al. 2001)						
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
Adaptación inglesa Validez convergente N=202 universitarios canadienses de habla inglesa. Radomsky et al. (2006)	FSS-III: r=0.65 (p<0.001)	Adaptación inglesa Validez convergente N=202 universitarios canadienses de habla inglesa. Radomsky et al. (2006)	Global	0.92	N=202 universitarios canadienses. 30.36 (DT = 18.87) días. Radomsky et al. (2006)	0,88 (Total)
			Ahogo	0.84		
			Restricción	0.90		
Adaptación francesa Validez convergente N=222 universitarios habla francesa en Canadá Radomsky et al. (2006)	FSS-III: r=0.66 (p<0.001)	Adaptación inglesa Validez convergente N=222 universitarios habla francesa en Canadá Radomsky et al. (2006)	Global	0.93	N=40 universitarios habla francesa en Canadá. 24.90 (DT = 12.53) días. Radomsky et al. (2006)	0,88 (Total)
			Ahogo	0.84		
			Restricción	0.91		
Adaptación española Validez convergente N=426 universitarias españolas de distintas carreras (psicología, humanidades, filología inglesa y otras) Valls, Palacios y Botella (2003).	STAI-R	r=0.36 (p<0.01)	N=426 universitarias españolas de distintas carreras (psicología, humanidades, filología inglesa y otras) Valls, Palacios y Botella (2003).	Total	0.88	--
	ASI	r=0.37 (p<0.01)		Ahogo	0.83	
	FQ Agorafobia	r=0.33 (p<0.01)		Restricción	0.84	
	Fobia social	r=0.32 (p<0.01)				
	Fobia a la sangre	r=0.24 (p<0.01)				
	Preocupación	r=0.34 (p<0.01)				
Blood-Injection Symptom Scale, BISS (Escala de Síntomas ante Sangre Inyecciones) (Page et al. 1997)						
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	N=605 Universitarios Australianos de la carrera de psicología. Page et al. (1997)	Total Debilidad Ansiedad Tensión Miedo	0,86 0,85 0,68 0,56 0,72	--	--
Acrophobia Questionnaire, AQ (Cuestionario de Acrofobia) (Cohen, 1977, citado en Antony, Orsillo y Roemer, 2001)						
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	Evitación	Ansiedad
--	--	--	--	N= 13 acrofóbicos en lista de espera de EEUU. 3 meses. Baker et al. (1973).	0,82	0,86

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

FOBIA ESPECÍFICA: MIEDO A VOLAR					
Cuestionario de Miedo a Volar-II (CMV-II) (Bornas et al., 1999)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--	--	--	--	N=88 estudiantes de psicología de la Universidad de las Islas Baleares. M edad de 21,31 años (de 18 a 39). 15 días. Bornas, X., y Tortella-Feliu (1955)	0,97 (Total)
--	--	N=562 Población general de Mallorca Bornas et al.(1999)	0,97	N=166 población general mallorquina 15 días. Bornas et al.(1999)	0,92
Fear Survey Schedule – 66, FSS-66 (Inventario de Reconocimiento de Miedos-66) (Arrindell y cols., 1991)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
		•			
Fear Survey Schedule – 89 FSS - 89 (Inventario de Reconocimiento de Miedos– 89) (Wolpe, 1982)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
		•			
Fear Survey Schedule – 122 (Inventario de Reconocimiento de Miedos – 122) (Basado en Wolpe, 1969, tomado de Bartolomé et al. 1977)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
Multidimensional Fear of Death Scale- MFODS (Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte) (Hoelter, 1979, citado en Neimeyer y Moore, 1994).					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
		•			
FOBIA ESPECÍFICA: ANSIEDAD ANTE LOS EXÁMENES					
¿Qué mide?	Total ítems	Factores o sub-escalas	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
Test Anxiety Scale, TAS (Escala de Ansiedad nte los Exámenes) (Sarason, 1980)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--	--	--	--	Universitarios de la Universidad de Washington (N=520). Wagaman, Cornier y Cornier, (1975) en Spielberger y Sarason (1978).	0,87

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Revised Test Anxiety Scale-RTAS (Escala Revisada de Ansiedad ante los Exámenes) (Benson et al. 1992; Benson y El Zahhar, 1994).							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
Ansiedad y Estrés . Dec2005, Vol. 11 Issue 2/3, p163-174. 12p. Author(s): Bados, A.; Sanz,							
Test Anxiety Inventory-TAI (Inventario de Ansiedad ante los Exámenes) (Spielberger, 1980)							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--		--	--		--	N=31 Graduados de la Universidad de North Florida. 2 semanas. Clawson, en Spielberger, (1980).	0,80
--		--	--		--	N=159 Estudiantes universitarios Universidad of Texas. 3 semanas Wood, en Spielberger, (1980).	0,80
--		--	--		--	N=42Estudiantes de High School en Pinellas County Ross, en Spielberger, (1980): 1 mes 6 meses	0,81 0,62
N=752 estudiantes (200 ♂ y 542 ♀; 10 sujetos no reportaron género). William et al. (1999)		,927	N=752 estudiantes (200 ♂ y 542 ♀; 10 sujetos no reportaron género). William et al. (1999)		,945	--	--
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)							
Penn State Worry Questionnaire- PSWQ (Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--		--	--		--	Población universitaria estadounidense. 2-10 semanas Antony, Orsillo y Roemer (2001)	0,74 – 0,93
--		--	Población general. Carleton et al. (2010)		0,86	Población universitaria estadounidense. 1 mes. Carleton et al. (2010)	0,93
Validez convergente	Grupo pacientes TAG STAI-Trait BDI-II	r=0.815 (p<0.01)	Adaptación española N=400 Población general argentina. Rodríguez-Biglieri y Vetere (2011)		0,94	N=35 Población general argentina. 4 semanas. Rodríguez-Biglieri y Vetere (2011)	0,86
N=50 Población clínica argentina (TAG).		r= 0.533 (p<0.01)					
N=50 Población clínica argentina (ansiedad).	Grupo pacientes Ansiedad: STAI-Trait BDI-II: r=0.512 p<0.05)	r=0.769 (p<0.05)					
Rodríguez-Biglieri y Vetere (2011)		r=0.512 (p<0.05)					
Validez convergente	PSWQ y PSWQ-11 PSWQ y PSWQ-5 PSWQ-11 y PSWQ-5	r=0.96	Adaptación española PSWQ y PSWQ-11 N=1052 universitarios españoles Sandín et al. (2009)		PSWQ PSWQ-11	Adaptación española PSWQ y PSWQ-11 N=50 universitarios españoles 1 mes. Sandín et al. (2009)	0,82 (PSWQ) 0,85 (PSWQ-11)
Adaptación española PSWQ		r=0.71					
N=1052 universitarios españoles Sandín et al. (2009)		r=0.50					

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Worry Domains Questionnaire - WDQ (Cuestionario de Áreas de Preocupación.) (Tallis, Davey y Bond, 1994; Tallis, Eysenck y Mathews, 1992)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--		--	--		--	N=16, Población EEUU. 1 mes Tallis, Davey y Bond (1994)		0,79
Validez convergente N=148 estudiantes universitarios de Berlin Stöber (1998)	Correlación intraclase	0,47	N=148 estudiantes universitarios de Berlin	Total	0,91	N=148 estudiantes universitarios de Berlin 4 semanas. Stöber (1998)	Total	0,85
	Correlación entre autocalificaciones y calificaciones promedio de pares	0,49		Stöber (1998)	Relaciones		0,76	Relaciones
			Falta de confianza		0,88		Falta de confianza	0,86
			Futuro sin dirección		0,72		Futuro sin dirección	0,80
			Incompetencia a trabajo		0,72		Incompetencia a trabajo	0,71
	Finanzas	0,82	Finanzas	0,81				
Worry Domains Questionnaire -Revised WDQ-R (Cuestionario de Áreas de Preocupación Revisado.) (van Rijsoort, Emmelkamp y Vervaeke, 1999)								
Validez Autores					Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
Validez de constructo N=160 holandeses Van Rijsoort et al.(1999)	PSWQ	0,61	N=160 holandeses Van Rijsoort et al.(1999)		0,94			
	STAI	0,73						
	BDI	0,64						
	Pi-r (Rumiación)	0,67						
	PI-R (Impulsos)	0,60						
Why Worry? -WW (¿Por Qué me Preocupo?) (Freeston et al., 1994)								
Validez Autores					Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
Validez convergente y discriminante N=833 Población general española (Tenerife). González et al. (2006)	BAI	: 0,50 (p<0,001)	N=833 Población general española (Tenerife). González et al. (2006)	Total	0,91	N=97 Población general española (Tenerife). 5 semanas. González et al. (2006)	Total	0,76
	BDI	0,51 (p<0,001)		Preocuparse como estrategia negativa de afrontamiento	0,86		Preocuparse como estrategia negativa de afrontamiento	0,75
	PSWQ	0,67 (p<0,001)		Preocuparse como perfeccionismo positivo	0,85		Preocuparse como perfeccionismo positivo	0,70
Validez discriminante N=110 estudiantes de Psicología Freeston et al., 1994	Correlaciones con: - PSWQ: 0,58 - BAI: 0,55 - BDI: 0,42 - IUS: 0,60		N=110 estudiantes de Psicología Freeston et al., 1994		0,87			

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Why Worry Scale-II (WWS-II) (¿Por Qué me Preocupo-II) (Gosselin et al. 2003)										
Validez Autores		Dato		Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest			
--		--		Universitarios Gosselin et al. (2003)		0,93	Universitarios. 5 semanas Gosselin et al. (2003)		0,81 (Total)	
Validez convergente y divergente. 295 Universitarios canadienses. Hebert, Dugas, Tulloch, Holowka (2014)	Intercorrelaciones:		282 Universitarios canadienses.		Total	0,93	77 Universitarios canadienses. 6 semanas.		Total	0,93
	PSWQ	0,39 (p<0,001)	Hebert, Dugas, Tulloch, Holowka (2014)		Resolución problemas	0,85	Hebert, Dugas, Tulloch, Holowka (2014)		Resolución problemas	0,59
	COWS-Pos	0,70 (p<0,001)			Motivación	0,86			Motivación	0,57
	COWS-Neg	0,17 (p<0,01)			Protección	0,78			Protección	0,66
	BAI	0,22 (p<0,01)			Prevención	0,71			Prevención	0,62
	BDI-II	0,18 (p<0,01)			Rasgo positivo	0,77			Rasgo positivo	0,74
Intolerance of Uncertainty Scale- IUS; (Escala de Intolerancia a la Incertidumbre) (Freeston et al. 1994; Buhr y Dugas, 2002)										
Validez Autores		Dato		Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest			
--		--		N=275 Universitarios ingleses (213 mujeres y 62 hombres). Buhr y Dugas (2002)		Total	0,94	N=66 universitarios ingleses. 5 semanas Buhr et al. (2002)		0,74
						Incertidumbre tiene implicancias negativas en el comportamiento y en la auto-referencia	0,92			
						Incertidumbre es injusta y arruina todo	0,91			
--		--		N=997 población española (Tenerife). 5 semanas González et al. (2006)		Total	0,91	N=997 población española. 5 semanas González et al. (2006)		0,68
						Incertidumbre generadora de inhibición	0,93			
						Incertidumbre como desconcierto e imprevisión	0,89			
Validez convergente y divergente. N=320 población general de Buenos Aires. Rodríguez de Behrends y Brenlla (2015)	PSWQ	r=0,444 (p=.000)	N=320 población general de Buenos Aires. Rodríguez de Behrends y Brenlla (2015)		0,93		N=30 población general de Buenos Aires. 5 semanas. Rodríguez de Behrends y Brenlla (2015)		0,47	
	STAI-Estado	r=0,365 (p=.000)								
	STAI-Rasgo	r=0,58 (p=.000)								
N=110 estudiantes de Psicología Freeston et al. (1994)	PSWQ	r=0,63	N=110 estudiantes de Psicología Freeston et al. (1994)		0,91					
	BAI	r=0,57								
	BDI	r=0,52								

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
N=275 estudiantes de Psicología. Dugas, Freeston y Ladouceur (1997)	PSWQ	0.70 (p<0.017)				N=78 estudiantes de Psicología. 5 semanas. Dugas, Freeston y Ladouceur (1997)	0,78
	BAI	0.49 (p<0.017)					
	BDI-A	0.58 (p<0.017)					
	PO	-0,65 (p<0.017)					
	PSS	-0,12 (n.s.)					
TRASTORNO DE ANSIEDAD POR LA SALUD (TAS)							
Illness Attitude Scale-IAS (Escala de Actitud ante la Enfermedad) (Kellner, 1986)							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
Validez convergente y discriminante N=111 pacientes con ansiedad severa por la salud Hedman <i>et al.</i> ,2015	HAI	0,77 (p<0,001)	N=111 pacientes con ansiedad severa por la salud Hedman et al. (2015)	Primera evaluación realizada	0,85	N=111 pacientes con ansiedad severa por la salud. 4 semanas. Hedman et al. (2015)	0,89 (Total)
	WI	0,70 (p<0,001)					
	MADRS-S	0,41 (p<0,001)		Segunda evaluación realizada	0,87		
	BAI	0,47 (p<0,001)					
	ASI	0,49 (p<0,001)					
	WI	0,70 (p<0,001)					
	MADRS-S	0,41 (p<0,001)					
	BAI	0,47 (p<0,001)					
ASI	0,49 (p<0,001)						
--	--	N=235 universitarios (muestra no clínica) Fergus y Valentiner, 2009	Miedo a enfermar o a sufrir dolor	0,87	--	--	
			Efecto de los síntomas	0,84			
			Experiencia del tratamiento	0,60			
			Convicción de enfermedad	0,74			
			Hábitos saludables	0,47			
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)							
Davidson Trauma Scale (DTS (Escala de Trauma de Davidson) (Davidson et al. 1997)							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
						N=353 Sujetos Americanos víctimas de distintos traumas. 2 semanas Davidson et al. (1997)	0,87 (Total)
						N=63 sujetos españoles con TEPT. 2 semanas. Bobes et al. (2002)	0,89 (Total)

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Validez convergente N=128 pacientes griegos con trastorno por estrés post-traumático (media de edad = 37,1 años) Kontoangelos <i>et al.</i> , 2017	EPQ		N=128 pacientes griegos con trastorno por estrés post-traumático Kontoangelos <i>et al.</i> , 2017	0,93	N=128 pacientes griegos con trastorno por estrés post-traumático Kontoangelos <i>et al.</i> , 2017	Total = 0,88		
	Neuroticismo	0,329 (p<0,001)						
	Extraversión	-0,159 (p<0,001)						
	Sinceridad	-0,243 (p<0,001)						
	SCL-90							
	Somatización	0,222 (p<0,001)						
	Obsesivo-compulsivo	0,416 (p<0,001)						
	Susceptib. Interpersonal	0,233 (p<0,001)						
	Depresión	0,395 (p<0,001)						
	Ansiedad	0,342 (p<0,001)						
	Hostilidad	0,288 (p<0,001)						
	Ansiedad Fóbica	0,367 (p<0,001)						
Ideación paranoide	0,322 (p<0,001)							
Psicoticismo	0,399 (p<0,001)							
ÍGS	0,393 (p<0,001)							
Validez convergente	PCL	0,74 (p<0,001)	N= 79 ♂ y 160 ♀ Estudiantes universitarios de psicología estadounidenses que han sufrido un evento estresante considerado criterio DSM (edad: 18-29 años). Adkins et al. (2008).	Frecuencia Severidad	0,91	N= 79 ♂ y 160 ♀ Estudiantes universitarios de psicología estadounidenses que han sufrido un evento estresante considerado criterio DSM (edad: 18-29 años). Adkins et al. (2008)	0,90	
	PDS	0,75 (p<0,001)		Severidad				0,92
Validez divergente N= 79 ♂ y 160 ♀ Estudiantes universitarios de psicología estadounidenses que han sufrido un evento estresante considerado criterio DSM (edad: 18-29 años) Adkins et al. (2008)	BDI	0,64 (p<0,001)		Frecuencia + Severidad	0,95			
	CCL-D	0,64 (p<0,001)						
	CCL-A	0,63 (p<0,001)						
	BAI	0,54 (p<0,001)						
	STAI-S	0,58 (p<0,001)						
	STAI-T	0,60 (p<0,001)						
	FNE	0,39 (p<0,001)						
	SAD	0,41 (p<0,001)						
SIAS	0,42 (p<0,001)							
SPS	0,51 (p<0,001)							
Trauma-Related Guilt Inventory -TRGI (Inventario de Culpabilidad Relacionado con el Trauma) (Kubany et al. 1996)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--		--	--		--	N=74 Veteranos americanos de la guerra de Vietnam. 36 semanas. Kubany et al. (1996)		
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)								
The Obsessive-Compulsive Inventory- OCI (Inventario Obsesivo-Compulsivo) (Foa et al. 1998)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
N=126; 78% ♀ (M edad= 18-47 años). estudiantes universitarios de psicología (muestra no clínica) Simonds et al. (2000)	MOCI		N=126; 78% ♀ (M edad= 18-47 años). estudiantes universitarios de psicología (muestra no clínica) Simonds et al. (2000)	Frecuencia	0,94	N=83 estudiantes universitarios de psicología (muestra no clínica) Simonds et al. (2000)	0,88 (Frecuencia) N=83 0,88 (Malestar) N=81	
	Frecuencia	0,74 (p<0,001)		Malestar				0,95
	Malestar	0,75 (p<0,001)						
N=147 estudiantes universitarios de psicología (muestra no clínica) Foa et al. (1998)	MOCI		N=147 estudiantes universitarios de psicología (muestra no clínica) Foa et al. (1998)	Frecuencia	0,94	N=147 estudiantes universitarios de psicología (muestra no clínica) Foa et al. (1998)	0,90 (Frecuencia) 0,89 (Malestar)	
	Frecuencia	0,72		Malestar				0,95
	Malestar	0,66						

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised -OCI-R; (Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado) (Foa et al. 2002)							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
					N=41 Pacientes estadounidenses con TOC. 2 semanas. Foa et al. (2002)	0,82 (Total)	
					N=69 universitarios control no ansiosos. 1 semanas. Foa et al. (2002)	0,84 (Total)	
N= 205 adultos españoles Belloch et al. (2013)	Población clínica: 90 adultos españoles con TOC	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (N=90).	0,21 (p<0,05)	N= 205 adultos españoles: - Población clínica: 90 adultos españoles con TOC. - Población general: 31 adultos españoles no diagnosticados de TOC. - Población sana: 84 adultos españoles sin trastorno. Belloch et al. (2013)	P. clínica	0,86	0,90 (Frecuencia) 0,89 (Malestar)
	Población general: 31 adultos españoles	Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory (N=63)	0,53 (p<0,001)		P. general	0,90	
	Población sana: 84 adultos españoles sin trastorno	Padua Inventory (N =25)	0,72 (p<0,001)		P. sana	0,78	
		BDI-II (N =88)	0,26 (p<0,05)				
		PSWQ (N=85)	0,32 (p<0,01)				
Compulsive Activity Checklist –CAC; (Lista de Verificación de Actividades Compulsivas) (Philpott, 1975, citado en Raich, 1988)							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--		--	--	--	N=54 Trabajadores hospital neurológico francés. 1 mes. Cottraux et al. (1988)	0,62	
--		--	--	--	609 estudiantes universitarios. 6-7 meses Sternberger y Burns (1989)	0,74	
Yale Brown Obsessive Compulsive Scale – Self Report Version- YBOCS (Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown-Versión Autoadministrada) (Baer 1993, citado en Steketee, 1999)							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--		--	--	--	26 Universitarias estadounidenses. 1 semana. Steketee et al. (1996)	0,88 (Total)	
Validez convergente Federici et al. (2010)	versión autoadministrada y la versión administrada por clínicos	0.45-0.65 (p<?)	N= 86 pacientes diagnosticas de TOC (según DSM-IV-TR)	--	--	--	

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

TRICOTILOMANÍA						
The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version (Inventario de Milwaukee para Subtipos de Tricotilomanía - Versión para Adultos) (Flessner et al. 2008)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
--		--	Análisis exploratorio: N=848 Personas con síntomas de Tricotilomanía (54 ♂ y 789♀). Flessner et al. (2008)	Focused Pulling Scale	0,77	--
				Automatic pulling Scale	0,73	
--		--	Análisis confirmatorio N=849 Personas con síntomas de Tricotilomanía (56 ♂ y 792♀). Flessner et al. (2008)	Focused Pulling Scale	0,77	--
				Automatic pulling Scale	0,78	
Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale –MGH-HSP (Escala de Arrancarse el Pelo del Hospital General de Massachussets) (Keuthen et al. 1995)						
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest
--		--	N=119 Pacientes tricotilomanía crónicos. Keuthen et al. (1995)	Cuestionario original de 8 ítems	0,88	N=119 Pacientes tricotilomanía crónicos. Keuthen et al. (1995)
				Cuestionario revisado de 7 ítems	0,89	
Validez convergente. N=26 Pacientes con tricotilomanía y TOC. O'Sullivan et al. (1995)		PITS r=0,63, df=24, p<0.001 CGS r=0,75, df=24, p<0.001	--		--	--
--		--	N=28 Población clínica con tricotilomanía EEUU (2 ♂ y 26♀). Diefenbach et al. (2005)	0,80	N=28 Población clínica con tricotilomanía EEUU (2 ♂ y 26♀). Diefenbach et al. (2005)	0,97
--		--	--	--	N=1697 Población clínica con tricotilomanía EEUU (2 ♂ y 26♀). Woods et al. (2006)	0,97

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO					
Beck Depression Inventory-BDI (Inventario de Depresión de Beck) (Beck et al., 1979)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--	--	--	--	N=222 Universitarios. 3 semanas. Oliver y Burckham (1979)	0,78
--	--	N=498 Universitarios canadienses. Bourque y Beaudette (1982)	0,92	N=447 Universitarios canadienses. 4 meses. Bourque y Beaudette (1982)	0,62
validez convergente N= 104 estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid Sanz y Vázquez (1998)	-SDS: 0,68 (p<0,001)	N =1393 Universitarios españoles. Sanz y Vázquez (1998)	0,83	Universitarios españoles. Sanz y Vázquez (1998)	0,78
validez convergente N= 39 estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid Sanz y Vázquez (1998)	-SDS: 0,89 (p<0,001)				1 mes (N=237) 0,72 3 meses (N=157) 0,60 3 meses (N=79) 0,69
validez convergente N= 108 estudiantes canadienses Dobson, K.S. (1985)	SDS: 0,76 (p<0,001)	--	--	--	--
validez convergente N=259 universitarios de Hawai Marsella, A.J., Sanborn, K.O., Kameoka, v., Shiguru, L. y Brennan, J. (1975)	SDS: 0.62 (p<0,001)	--	--	--	--
validez convergente N= 391 (135 hombres y 256 mujeres) estudiantes en la universidad de Hawai Tanaka-Matsumi y Kameoka (1986)	SDS: 0.68 (p<0,001)	--	--	--	--
validez convergente N= 75 estudiantes de IdahoStatesUniversity (EEUU) Hatzenbuehler, Parpal y Mathews (1983)	SDS: 0.78 (p<0,001)	--	--	--	--
Validez Convergente N= 73 pacientes de la European Georges-Pompidou Hospital in Paris K.Lahlou-Laforêt, et. al. (2015)	MADRS: 0.72 (p<0,001)	--	--	--	--
Depression Inventory-II - BDI-II; (Inventario de Depresión de Beck-II) (Beck et al., 1979)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--	--	--	--	N=500 Pacientes psiquiátricos (183♀ y 317 ♂). 1 semana Beck, Steer y Brown (1996).	0,93
--	--	N=590 universitarios españoles Sanz et al. (2003)	0,89	--	--

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
Validez convergente N=137 estudiantes que recibían servicios en el centro de orientación universitaria pública (solo el 7% no tenía diagnóstico psiquiátrico) Sprinkle, et al. (2002).	SCID-I (escala depresión): 0.83(p<0,001)	--	--	--	--
		N = 122 pacientes mexicano-estadounidenses con problemas renales que recibían un tratamiento de hemodiálisis Penley et al. (2003)	0,92	--	--
Beck Hopelessness Scale - BHS (Escala de Desesperanza de Beck) (Beck et al., 1974)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--	--	--	--	6 semanas. Beck y Steer (1988)	0,69
--	--	--	--	2 semanas. Aliaga et al. (2006)	0,68
--	--	N= 1500 Población general colombiana Kocalevent et al. (2017)	0,81		
Validez convergente N= 244 pacientes colombianos servicio de urgencias o cirugía ambulatoria del Instituto Del Sistema Nervioso de Oriente. Tendencias suicidas Rueda-Jaimes, et al (2016)	Suicidal behaviour questionnaire 0.48 (p<0,001) Living Inventory 0.52 (p<0,001) BDI 0.63 (p<0,001)	N= 244 pacientes que visitaron el servicio de urgencias o cirugía ambulatoria del Instituto Del Sistema Nervioso de Oriente con tendencias suicidas de Colombia Rueda-Jaimes, et al (2016)	0.9 (Kuder-Richardson formula 20)	N= 244 pacientes que visitaron el servicio de urgencias o cirugía ambulatoria del Instituto Del Sistema Nervioso de Oriente con tendencias suicidas de Colombia Rueda-Jaimes, et al (2016)	0.60-0.69
		N = 971 estudiantes mexicanos de una edad promedio de 16 años Córdova et al. (2011)	0,78 0,77 ♂ 0,79 ♀		
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)					
Body Shape Questionnaire -BSQ; (Cuestionario de la Figura Corporal) (Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn, 1987)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--	--	N=64 ♀ obesas Población clínica francesa. Diagnosticadas de trastorno por atracón Lentillon-Kaestner et al. (2014) N=93 ♀ obesas Población clínica francesa. NO Diagnosticadas de trastorno por atracón Lentillon-Kaestner et al. (2014) N= 1.169 ♀ universitarias (población general francesa) Lentillon-Kaestner et al. (2014)	0,91 0,96 0,96	N=159 ♀ obesas Población clínica francesa. 3 semanas. Lentillon-Kaestner et al. (2014)	0,97

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	N=1939 ♀ (9-19 años) población general colombiana. 21 días. Castrillón Moreno et al. (2007)	0,95	N=1939 ♀ (9-19 años) población general colombiana. 21 días. Castrillón Moreno et al. (2007)	0,88	
Validez convergente Rousseau et al. (2005)	EDI: >0.70 (p<0,001)	N= 242 mujeres estudiantes francesas Rousseau et al. (2005)	0,95	N= 242 mujeres estudiantes francesas Rousseau et al. (2005)	0,94	
Eating Disorders Inventory- EDI; (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria) (Garner, Olmstead y Polivy, 1982, citado en Perpiñá, 1996)						
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
Eating Disorders Inventory- EDI-II; (Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-II) (Garner, 1998)						
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	--	--	N=114 ♀ trastorno por atracón. 16 semanas. Tasca et al. (2003)	0,67-0,82	
--	--	--	--	N=372 Pacientes con TCA N=209 Pacientes con otros trastornos Thiel y Paul (2006)	0,88 0,94	
--	--	--	--	1 mes 3 semanas Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica, UCM.	0,81-0,97 (menos Conciencia Interoceptiva = 0,67) 0,41-0,75 (menos Miedo a madurez = 0,65)	
Eating Attitudes Test - EAT-40; (Test de Actitudes ante la Alimentación) (Garner et al., 1982, citado en Perpiñá, 1996)						
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--	--	--	--	2 semanas Carter y Moss (1984)	0,84	
N=556 ♀ mexicanas (M de edad= 19,3 años): N=276 ♀ con TCA (muestra clínica) N=280 ♀ sin trastorno (grupo control) Álvarez-Rayón, et al. (2004)	R= 0,70 (p<0,0001)*	N=556 ♀ mexicanas (M de edad= 19,3 años): N=276 ♀ con TCA (muestra clínica) N=280 ♀ sin trastorno (grupo control) Álvarez-Rayón, et al. (2004)	Total Mujeres TCA Grupo control	0,93 0,90 0,68	2 semanas Carter y Moss (1984)	0,84

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
			N=212 Universitarios de 16 a 31 años Veloso et al. (2010)	Dieta	0,87			
				Bulimia y preocupación por la comida	0,60			
				Control oral	0,52			
				Total	0,70			
--		--	--	--	--	N=147: 68 TCA y 79 controles. 2 semanas Rivas et al. (2013)		
Eating Attitudes Test - EAT-26; (Test de Actitudes ante la Alimentación) (Garner et al., 1982, citado en Perpiñá, 1996)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
--		--	--		--	N=165 niñas Población comunitaria australiana. 4-5 semanas. Banasiak et al. (2000).		
N=396 mujeres jóvenes chinas, con (TCA) N=406 mujeres jóvenes chinas sin trastorno Kang et. al (2017).	EDI (muestra TCA)	0,744 (p<0,001).	N=396 mujeres jóvenes chinas, con (TCA)	Muestra clínica TCA	0,91	N=35 mujeres jóvenes chinas sin trastorno 4 semanas Kang et. al (2017).	0,82	
	Sin trastorno	0,513 (p<0,001)	N=406 mujeres jóvenes chinas sin trastorno Kang et. al (2017).	Sin trastorno	0,83			
AUTOESTIMA								
Self-Esteem Rating Scale (SERS) (Escala de Valoración de la Autoestima) (Nugent y Thomas, 1993)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
Beck Self-Esteem Scales- BSES (Escala de Autoestima de Beck) (Beck et al., 2001)								
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest		
Validez concurrente N=360 pacientes ambulatorios de una clínica psicológica EEUU. Beck et al. (2001)	BST	Sí mismo	N=360 pacientes ambulatorios de una clínica psicológica EEUU. Beck et al. (2001)	Sí mismo	0,94	N=9 pacientes bipolares EEUU. 2 semanas. Beck et al. (2001)	0,84	0,65
		Otros		Otros				
	BDI (autoaversión)	0,49 (p<0,001)	0,36 (p<0,001)	0,95				
	HRSD-R (Inutilidad)	0,47 (p<0,001)						

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

IRA								
State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI (Inventario de Estado-Rasgo de Expresión de Ira) (Spielberg, 1988, citado en Miguel-Tobal y cols., 1997)								
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest			
--	--	Población general oriental (China, India, Malaisia) (edad media= 21,9 años). Bishop y Quah (1998)	Ira Estado	0,89	Población general oriental (China, India, Malaisia) (edad media= 21,9 años). Bishop y Quah (1998)	0,88 (Total) 0,86 0,92		
			Rasgo	Ira Temperamento			0,84	
				Ira Reacción			0,76	
				Total Rasgo			0,83	
			Control de la Ira	0,84				
			Ira interna	0,69				
			Ira externa	0,66				
		Expresión de ira	0,76					
State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2 (Inventario de Estado-Rasgo de Expresión de Ira -2) (Miguel Tobal y cols., 2001).								
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	Estado de ira	Rasgo de ira	
--	--	1085 Población general francesa (539 ♂ y 546 ♀; edad=18-70 años). Borteyrou, Bruchon-Schweitzer, y Spielberge (2008)	Ira Estado	♂ 0,86 ♀ 0,80	1085 Población general francesa (539 ♂ y 546 ♀; edad=18-70 años). 2 meses. Borteyrou, Bruchon-Schweitzer, y Spielberge (2008)	0,32	0,70	
			Ira Rasgo	♂ 0,82 ♀ 0,78				
			Control de la Ira	Interna				♂ 0,90 ♀ 0,89
				Externa				♂ 0,90 ♀ 0,87
			Expresión de la Ira	Interna				♂ 0,69 ♀ 0,68
				Externa				♂ 0,80 ♀ 0,77
			N=865 Población general mejicana (media edad=20,5 años, DT=7,9) Oliva Mendoza, Hernández Pozo, y Calleja Bello (2010)	Ira Estado				Deseos de expresar ira
		Sentimientos de ira			0,82			
		Total			0,89			
		Ira Rasgo		Temperamento iracundo	0,86			
				Reacción de ira	0,78			
				Total	0,86			
		Control de la Ira		Interna	0,85			
			Externa	0,81				
		Expresión de la Ira	Interna	0,68				
			Externa	0,69				

Tabla 1. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Específicos utilizados en el estudio (continuación).

PERFECCIONISMO							
Multidimensional Perfectionism Scales, MPS (Escala Multidimensional de Perfeccionismo) (Frost y cols., 1990)							
Validez Autores		Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
Validez discriminante. Adaptación portuguesa N=206 Atletas adolescentes portugueses Correia et al. (2017)	SAS-2 (Sport Anxiety Scale-2)	0,249 (p<0,01)	N=206 Atletas adolescentes portugueses Correia et al. (2017)	Preocupación sobre errores	0,85		
	PFAI (Performance Failure Appraisal Inventory)	0,523 (p<0,01)		Expectativas parentales	0,79		
				Críticas parentales	0,76		
				Organización	0,86		
				Estándares personales	0,83		
				Dudas sobre acciones	0,65		
Validez de constructo N=582 ♀ Universitarias españolas Gelabert et al. (2011)	HMPS	0,75 (p<0,01)	N=582 ♀ Universitarias españolas Gelabert et al. (2011)	Total	0,93	Adaptación española N=40 ♀ Universitarias españolas. 4 semanas Gelabert et al. (2011).	0,89 (Total)
	EDI-2 (Perfeccionismo)	0,69 (p<0,01)		Preocupación sobre errores	0,90		
				Expectativas parentales	0,85		
				Críticas parentales	0,79		
				Organización	0,91		
				Estándares personales	0,84		
				Dudas sobre acciones	0,74		
TCI R-PS	0,48 (p<0,05)						

--: No se han encontrado los datos.

Tabla 2. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios Generales utilizados en el estudio.

CUESTIONARIOS GENERALES									
Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés) (Lovibond y Lovibond, 1995)									
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	Depresión	Ansiedad	Estrés	Total
		N=142 Universitarios italianos (Bottesi et al., 2015)	Depresión	0,75	Universitarios italianos (N = 142). 2 semanas (Bottesi et al., 2015)	0,75	0,64	0,64	0,74
			Ansiedad	0,64					
			Estrés	0,64					
			Total	0,74					
					Universitarios americanos (N= 882; 235 V y 609 M). 4-8 años (Lovibond, 1998)	0,29	0,41	0,39	--
					Población general china (N=1.796; 672V y 1.124M). 6 meses (Wang, Shi, Geng, Zou, Tan Wang, Newman y Shum, 2016)	0,39	0,43	0,46	0,46
Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory BSI-IGS) (Derogatis y Spencer, 1982)									
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores		Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest				
		N=785 adultos españoles Aragón et al. (2000)	Somatización	0,96					
			Obsesivo-compulsivo	0,93					
			Susceptibilidad interpersonal	0,90					
			Depresión	0,91					
			Ansiedad	0,92					
			Hostilidad	0,90					
			Ansiedad fóbica	0,87					
			Ideación paranoide	0,92					
			Psicoticismo	0,90					
			Total	0,98					

--: No se han encontrado los datos.

Tabla 3. Propiedades psicométricas de los Cuestionarios de Interferencia y Calidad de vida utilizados en el estudio.

CUESTIONARIOS DE INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA					
Escala de Interferencia (Bados, 2000)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--	--	--	--	--	--
Multicultural Quality of Life Index –MQLI (Multicultural de Calidad de Vida) (Mezzich et al., 2000)					
Validez Autores	Dato	Consistencia interna Autores	Alpha de Cronbach	Fiabilidad test-retest	
--	--	--	--	N=157 Pacientes psiquiátricos y profesionales sanitarios de EEUU. 1-15 días (M = 5,32; DT:2,13) (Mezzich et al., 2011).	0,87

--: No se han encontrado los datos.

ANEXO 3 (RESULTADOS): TABLAS NÚMERO DE SEIONES ATENDIDAS

Tabla 1. Comparativa de los estadísticos descriptivos del número de sesiones de evaluación atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según todas las definiciones de abandono.

Sesiones evaluación	ITT			Duración del tratamiento			Juicio del terapeuta			Mejora Parcial			Mejora Total			Recuperación Parcial			Recuperación Total		
	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Moda	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo
Muestra total	1-6	2,8 (1,02)	3 3	1-6	3,1 (0,84)	3 3	1-6	3,0 (0,93)	3 3	1-6	3,1 (0,88)	3 3	1-6	3,1 (0,91)	0,91 3	1-6	3,0 (0,87)	3 3	1-6	3,1 (0,89)	3 3
Tr. ansiedad	1-5	2,9 (0,96)	3 3	1-5	3,1 (0,85)	3 3	1-5	3,0 (0,85)	3 3	1-5	3,1 (0,83)	3 3	1-5	3,0 (0,89)	3 3	1-5	3,1 (0,81)	3 3	1-5	3,0 (0,84)	3 3
AGO/TP	1-5	2,9 (0,84)	3 3	2-5	3,0 (0,81)	3 3	2-4	2,8 (0,68)	3 3	2-5	2,9 (0,81)	3 3	2-5	3,0 (1,00)	3 3	2-5	2,9 (0,80)	3 3	2-4	2,8 (0,71)	3 3
Fobia Específica	1-5	2,3 (1,0)	2 2	1-5	2,7 (0,94)	3 3	1-5	2,5 (1,05)	2 3	1-5	2,5 (0,76)	3 3	1-3	2,4 (0,70)	3 3	1-5	2,4 (0,78)	2,5 3	1-3	2,4 (0,74)	3 3
Fobia Social	1-5	3,1 (0,89)	3 3	2-4	3,2 (0,62)	3 3	2-4	3,2 (0,60)	3 3	2-4	3,3 (0,54)	3 3	2-4	3,2 (0,54)	3 3	3-4	3,3 (0,47)	3 3	3-4	3,3 (0,45)	3 3
TAG	2-5	3,3 (0,87)	3 3	2-5	3,4 (0,89)	3 3	2-5	3,3 (0,94)	3 3	2-5	3,6 (0,87)	3 3	2-5	3,8 (1,14)	3,5 3	2-5	3,6 (0,87)	3 3	2-5	3,7 (1,12)	3 3
TOC *	1-4	3,2 (0,94)	3 4	1-4	3,2 (0,94)	3 3	1-4	3,2 (1,17)	3,5 4	1-4	3,0 (1,00)	3 3	1-4	3,0 (1,17)	3 3	1-4	2,8 (0,98)	3 3	--	--	--
Otros Tr. Ansiedad	3-5	3,4 (0,63)	3 3	3-5	3,3 (0,67)	3 3	3-5	3,3 (0,76)	3 3	3-5	3,3 (0,71)	3 3	3-3	3,0 (0,00)	3 3	3-3	3 (0,00)	3 3	3-3	3 (0,00)	3 3
Tr. del Estado de Ánimo	1-6	2,9 (0,96)	3 3	2-6	3,1 (0,89)	3 3	2-6	3,0 (1,08)	3 3	2-6	3,1 (0,94)	3 3	2-6	3,1 (1,03)	3 3	2-6	3,1 (0,96)	3 3	2-6	3,1 (1,08)	3 3
TCA	1-5	3,0 (0,98)	3 3	2-4	3,1 (0,58)	3 3	3-4	3,3 (0,52)	3 3	2-4	3,3 (0,65)	3 3	2-4	3,0 (0,67)	3 3	2-4	3,2 (0,63)	3 3	2-4	3,2 (0,67)	3 3
Otros diagnósticos	1-6	2,6 (1,08)	3 3	1-5	3,0 (0,87)	3 3	1-5	2,9 (0,97)	3 3	1-5	3,0 (0,96)	3 3	2-5	3,1 (0,91)	3 3	1-5	2,9 (0,95)	3 3	2-5	0,3 (0,89)	3 3

R: Rango; M: Media; DT: Desviación típica; Me: Mediana; Mo: Moda

Tabla 2. Comparativa de los estadísticos descriptivos del número de sesiones de tratamiento atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según todas las definiciones de abandono.

Sesiones de tratamiento	ITT			Duración del tratamiento			Juicio del terapeuta			Mejora Parcial			Mejora Total			Recuperación Parcial			Recuperación Total		
	Poblaciones	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT
Muestra total	0-85	13,9 (14,97)	9 0	1-85	22,8 (15,03)	19 11	2-85	26,0 (17,47)	22 12	1-85	23,1 (15,98)	19 5	3-85	24,4 (17,03)	20 10	3-85	22,8 (15,94)	19 10	3-85	24,1 (17,76)	18,5 10
Tr. ansiedad	0-85	18,1 (16,60)	13 6	1-85	24,3 (16,54)	19 11	4-85	27,4 (16,54)	22 11	4-85	24,9 (17,92)	19 14	4-85	27,3 (19,55)	21,5 12	4-85	24,7 (17,61)	19 11	4-85	27,0 (20,35)	21 12
AGO/TP	0-63	15,7 (13,76)	14 6	1-63	21,2 (13,21)	19 14	7-63	28,4 (14,89)	25 23	1-63	20,8 (14,46)	19 7	14-63	30,0 (15,37)	25 14	7-63	23,9 (14,54)	22,5 7	14-63	31,9 (15,29)	27 14
Fobia Específica	0-67	13,7 (12,82)	11 11	4-67	18,9 (13,42)	13 11	4-67	18,1 (14,63)	12 11	4-67	17,5 (13,76)	13 11	4-67	18,6 (14,05)	13,5 11	4-67	17,1 (14,28)	12,5 11	4-67	18,1 (15,16)	13 11
Fobia Social	0-85	18,3 (17,26)	12 7	6-85	26,3 (17,15)	21 12	10-85	29,5 (19,35)	21 12	6-85	28,0 (18,62)	21 12	6-85	28,6 (20,71)	21 12	6-85	27,0 (19,08)	21 12	10-85	27,8 (22,15)	19,5 12
TAG	1-65	22,5 (16,18)	17 5	5-65	26,8 (15,31)	22 13	4-65	28,3 (15,87)	25,5 13	5-53	25,2 (14,00)	22 14	4-47	26,4 (14,26)	27 5	5-53	25,2 (14,00)	22 14	5-47	26,1 (15,10)	25 5
TOC *	0-84	23,7 (22,41)	18 11	11-84	29,1 (21,90)	20 11	16-84	40,8 (26,16)	33,5 16	16-84	36,9 (25,91)	21 16	16-84	44,2 (26,16)	43,9 16	16-84	33,5 (26,66)	20 16	--	--	--
Otros Tr. Ansiedad	1-83	22,9 (24,35)	15,5 1	7-83	3,2 (25,36)	18 7	7-83	36,4 (28,46)	24 7	7-83	33,9 (27,32)	20,5 7	7-83	33,6 (31,08)	17 7	7-83	29,6 (26,42)	17 7	7-83	33,6 (31,08)	17 7
Tr. del Estado de Ánimo	0-66	14,4 (13,61)	10 0	5-66	23,1 (13,15)	22 23	13-55	28,8 (12,97)	24 23	5-66	23,8 (14,38)	23 23	5-66	22,8 (15,64)	19,5 23	5-66	24,0 (14,57)	23 23	5-66	22,8 (16,29)	19,5 23
TCA	0-61	15,9 (17,32)	9 0	9-61	28,6 (15,56)	24 14	12-61	36,7 (18,41)	38 12	9-61	29,5 (16,37)	25 9	9-61	30,9 (16,60)	29 9	9-61	30,0 (17,19)	28 9	9-61	31,6 (17,47)	33 9
Otros diagnósticos	0-58	8,9 (11,25)	5 0	3-58	18,7 (11,74)	17 17	2-58	20,0 (14,00)	19 5	3-58	18,7 (12,19)	17 5	3-49	18,8 (11,08)	17,5 12	3-58	17,8 (12,26)	16 5	3-49	17,6 (11,34)	16 18

R: Rango; M: Media; DT: Desviación típica; Me: Mediana; Mo: Moda

Tabla 3. Comparativa de los estadísticos descriptivos del número del total de sesiones atendidas por las diferentes poblaciones analizadas en clientes que finalizaron el tratamiento según todas las definiciones de abandono.

Sesiones totales	ITT			Duración del tratamiento			Juicio del terapeuta			Mejora Parcial			Mejora Total			Recuperación Parcial			Recuperación Total			
	Poblaciones	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo	R	M DT	Me Mo
Muestra total	1-88	16,8 (15,31)	13 1	5-88	25,9 (15,16)	22 14	5-88	29,0 (17,75)	25 26	5-88	26,2 (16,14)	22 13	6-88	27,6 (17,11)	23 13	5-88	25,9 (16,08)	22 13	6-88	27,2 (17,85)	22 13	
Tr. ansiedad	1-88	21,0 16,87	16 9	5-88	27,4 (16,67)	22 14	6-88	30,4 (16,67)	25 13	6-88	28,0 (18,08)	22 13	6-88	30,3 (19,65)	24,5 13	6-88	27,8 (17,71)	22 13	6-88	29,9 (20,46)	24 13	
AGO/TP	1-65	18,6 (13,85)	16 9	5-65	24,2 (13,14)	22 11	10-65	31,2 (14,93)	28 26	5-65	23,7 (14,46)	22 11	16-65	33,0 (14,93)	28 16	9-65	26,9 (14,47)	25,5 26	16-65	34,6 (15,09)	30,5 16	
Fobia Específica	1-70	16,0 (13,30)	13 8	6-70	21,5 (13,71)	16 14	6-70	20,6 (15,07)	13 13	6-70	20,0 (13,94)	15,5 13	6-70	21,0 (14,31)	16,5 13	6-70	19,6 (14,46)	14,5 13	6-70	20,5 (15,45)	15 13	
Fobia Social	1-88	21,4 (17,48)	15 9	9-88	29,5 (17,25)	24,5 14	13-88	32,7 (19,45)	25 13	9-88	31,3 (18,58)	25 13	9-88	31,8 (20,62)	24 13	9-88	30,3 (19,05)	24 13	13-88	31,7 (22,12)	22,5 13	
TAG	3-68	25,8 (16,22)	22 9	7-68	30,3 (15,22)	26 17	6-68	31,7 (15,87)	29,5 17	7-56	28,8 (14,06)	26 17	7-50	30,2 (14,23)	31,5 7	7-56	28,8 (14,06)	26 17	7-50	29,8 (15,03)	30 7	
TOC *	2-87	26,9 (22,53)	21 15	15-87	32,3 (22,04)	22 15	19-87	44,0 (26,50)	37,5 19	19-87	39,9 (26,30)	22 22	19-87	47,2 (26,50)	47 19	19-87	36,3 (26,93)	22 22	--	--	--	
Otros Tr. Ansiedad	4-86	26,2 (24,49)	18,5 4	10-86	33,5 (25,62)	21,5 10	10-86	39,7 (28,79)	27 10	10-86	37,1 (27,64)	23,5 10	10-86	36,6 (31,08)	20 10	10-86	32,6 (26,42)	20 10	10-86	36,6 (31,08)	20 10	
Tr. del Estado de Ánimo	1-69	17,3 (13,71)	13 13	8-69	26,2 (12,95)	25 21	16-58	31,8 (13,00)	26 26	8-69	26,9 (14,17)	25 26	8-69	25,9 (15,41)	22,5 26	8-69	27,1 (14,36)	25,5 26	8-69	26,0 (16,05)	22,5 26	
TCA	1-65	18,9 (17,58)	12 1	12-65	31,7 (15,81)	27,5 18	15-65	40,0 (18,84)	41 15	12-65	32,8 (16,67)	29 19	12-65	34,2 (16,88)	32,5 12	12-65	33,2 (17,51)	31 19	12-65	34,8 (17,80)	36 12	
Otros diagnósticos	1-61	11,5 (11,78)	8 1	5-61	21,9 (12,01)	19 19	5-61	22,9 (14,41)	21,5 5	5-61	21,8 (12,54)	19,5 6	6-54	22,1 (11,41)	20 6	5-61	21,0 (12,67)	19 6	6-54	21,0 (11,84)	19 6	

R: Rango; M: Media; DT: Desviación típica; Me: Mediana; Mo: Moda; *Valores no calculados por partir de n<5.

ANEXO 4 (RESULTADOS): tablas con las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para todas las poblaciones y medidas analizadas.

Tabla 1. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de la muestra total y otras muestras para las diferencias pre-post en diversas medidas según el análisis ITT.

MUESTRA TOTAL	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA	
N	533		222		73		35	
MEDIDAS ESPECÍFICAS								
Específicas	gl = 398		gl = 201		gl = 58		gl = 25	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,167	,910	,149	,941	,207	,842	,304	,731
	,000	,000	,005	,015	,000	,000	,000	,000
MALESTAR GENERAL								
DASS-21 Depresión	gl = 407		gl = 188		gl = 56		gl = 24	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,239	,858	,204	,888	,202	,898	,325	,779
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DASS-21 Ansiedad	gl = 407		gl = 188		gl = 56		gl = 24	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,239	,844	,217	,869	,228	,847	,293	,784
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
DASS-21 Estrés	gl = 407		gl = 188		gl = 56		gl = 24	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,232	,880	,202	,906	,237	,896	,290	,846
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002
DASS-21 Total	gl = 399		gl = 184		gl = 55		gl = 24	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,206	,875	,179	,184	,197	,863	,318	,803
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
BSI- IGS	gl = 378		gl = 178		gl = 55		gl = 29	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,311	,383	,335	,304	,198	,879	,221	,692
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,200 ^a	,000
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA								
Interferencia Total	gl = 226		gl = 106		gl = 35		gl = 10	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,306	,823	,244	,880	,337	,759	,419	,642
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Interferencia Global	gl = 220		gl = 105		gl = 34		gl = 10	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,330	,773	,265	,840	,350	,722	,430	,643
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
MQLI	gl = 139		gl = 54		gl = 29		gl = ^b	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,340	,755	,281	,832	,327	,786		
	,000	,000	,000	,000	,000	,000		

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; **S-W:** Prueba de Shapiro-Wilk; **p** > 0,05; ^aVariable constante que se ha desestimado por insuficiente tamaño muestral.

Tabla 2. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las muestras con trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) para las diferencias pre-post en diversas medidas según el análisis ITT.

MUESTRA TOTAL	AGO/TP		Fobia específica		Fobia Social		TAG		TOC	
N ITT	48		49		57		39		15	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
MEDIDAS ESPECÍFICAS										
Específicas	gl = 43		gl = 42		gl = 52		gl = 38		gl = 13	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,169	,932	,143	,931	,160	,865	,117	,977	,175	,915
	,003	,014	,030	,014	,002	,000	,200 ^a	,595	,200 ^a	,216
MALESTAR GENERAL										
DASS-21 Depresión	gl = 43		gl = 37		gl = 45		gl = 38		gl = 13	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,225	,877	,311	,681	,181	,885	,136	,956	,148	,972
	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,072	,145	,200 ^a	,913
DASS-21 Ansiedad	gl = 43		gl = 37		gl = 45		gl = 38		gl = 13	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,251	,829	,269	,702	,245	,863	,210	,901	,223	,876
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,075	,063
DASS-21 Estrés	gl = 43		gl = 37		gl = 45		gl = 38		gl = 13	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,210	,901	,314	,793	,205	,846	,138	,945	,155	,888
	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,066*	,059*	,200 ^a	,092
DASS-21 Total	gl = 42		gl = 37		gl = 44		gl = 37		gl = 12	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,221	,882	,279	,674	,205	,894	,110	,962	,203	,924
	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,200 ^a	,231*	,186	,318
BSI- IGS	gl = 34		gl = 41		gl = 43		gl = 36		gl = 12	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,180	,897	,444	,231	,200	,906	,150	,930	,165	,960
	,007	,004	,000	,000	,000	,002	,038	,024	,200 ^a	,791
INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA										
Interferencia Total	gl = 25		gl = 18		gl = 25		gl = 22		gl = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,243	,834	,231	,878	,290	,863	,231	,925	,227	,895
	,001	,001	,012	,025	,000	,003	,004	,096	,200 ^a	,262
Interferencia Global	gl = 24		gl = 18		gl = 25		gl = 22		gl = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,380	,736	,180	,874	,306	,758	,180	,933	,287	,805
	,000	,000	,126	,021	,000	,000	,062*	,140*	,051	,033
MQLI	gl = 13		gl = 12		gl = 12		gl = 7		gl = 3	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
p	,368	,621	,277	,886	,314	,840	,239	,874	--	--
	,000	,000	,012	,104	,002	,028	,200 ^a	,199*		

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; **S-W:** Prueba de Shapiro-Wilk; **p** > 0,05; ^aLímite inferior de la sign. Verdadera.

Tabla 3. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas específicas en las muestras total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA	
Duración del Tratamiento	292		153		39		18	
Juicio del terapeuta	161		102		13		6	
Mejorados parcial	210		104		31		11	
Mejorados total	138		66		24		10	
Recuperados parcial	190		93		30		10	
Recuperados total	120		57		22		9	
ESPECÍFICAS								
Duración del tratamiento	gl = 240		gl = 135		gl = 30		gl = 13	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,071	,986	,082	,978	,091	,973	,191	,932
p	,005	,017	,027	,031	,200 ^a	,630	,200 ^a	,361
Juicio del terapeuta	gl = 142		gl = 92		gl = 12		gl = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,093	,968	,083	,971	,193	,933	,171	,987
p	,004	,002	,139	,038	,200 ^a	,407	,200 ^a	,970
Mejora parcial	gl = 173		gl = 92		gl = 26		gl = 9	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,065	,986	,066	,982	,105	,978	,126	,973
p	,075	,073	,200 ^a	,249	,200 ^a	,819	,200 ^a	,916
Mejora total	gl = 125		gl = 64		gl = 21		gl = 9	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,054	,986	,061	,987	,106	,975	,126	,973
p	,200 ^a	,250	,200 ^a	,720	,200 ^a	,847	,200 ^a	,916
Recuperación parcial	gl = 171		gl = 83		gl = 26		gl = 8	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,058	,987	,064	,984	,129	,971	,129	,954
p	,200 ^a	,129	,200 ^a	,391	,200 ^a	,651	,200 ^a	,751
Recuperación total	gl = 104		gl = 55		gl = 19		gl = 8	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,058	,985	,065	,986	,140	,973	,129	,954
p	,200 ^a	,279	,200 ^a	,790	,200 ^a	,836	,200 ^a	,751

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; S-W: Prueba de Shapiro-Wilk; p > 0,05; ^aLímite inferior de la sign. Verdadera.

Tabla 4. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas de malestar general en las muestras total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

MALESTAR GENERAL	N		N		N		N	
	Muestra total		Ansiedad		Estado de ánimo		TCA	
Duración del Tratamiento	292		153		39		18	
Juicio del terapeuta	161		102		13		6	
Mejorados parcial	210		104		31		11	
Mejorados total	138		66		24		10	
Recuperados parcial	190		93		30		10	
Recuperados total	120		57		22		9	
DASS-21 Depresión								
Duración del tratamiento	gl = 222		gl = 118		gl = 30		gl = 11	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,100	,969	,126	,956	,091	,973	,179	,928
p	,000	,000	,000	,001	,200 ^a	,630	,200 ^a	,391
Juicio del terapeuta	gl = 129		gl = 78		gl = 11		gl = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,111	,956	,116	,958	,154	,964	,229	,952
P	,000	,000	,011	,012	,200 ^a	,819	,200 ^a	,752
Mejora parcial	gl = 174		gl = 86		gl = 26		gl = 8	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,101	,972	,118	,959	,147	,972	,172	,961
P	,000	,001	,005	,008	,156	,681	,200 ^a	,817

Tabla 4. (Continuación).

Mejora total								
	<i>gl</i> = 114		<i>gl</i> = 53		<i>gl</i> = 20		<i>gl</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,081	,974	,128	,939	,139	,982	,172	,961
	,062	,024	,030	,009	,200 ^a	,956	,200 ^a	,817
Recuperación parcial								
	<i>gl</i> = 162		<i>gl</i> = 77		<i>gl</i> = 25		<i>gl</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,104	,963	,113	,956	,149	,976	,172	,961
	,000	,000	,016	,010	,160	,798	,200 ^a	,817
Recuperación total								
	<i>gl</i> = 101		<i>gl</i> = 45		<i>gl</i> = 18		<i>gl</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,076	,974	,124	,932	,142	,981	,172	,961
	,170	,041	,081	,011	,200 ^a	,962	,200 ^a	,817
DASS-21 Ansiedad								
Duración del tratamiento								
	<i>gl</i> = 223		<i>gl</i> = 119		<i>gl</i> = 30		<i>gl</i> = 11	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,112	,967	,129	,959	,136	,966	,208	,897
	,000	,000	,000	,001	,163	,425	,198	,172
Juicio del terapeuta								
	<i>gl</i> = 130		<i>gl</i> = 79		<i>gl</i> = 11		<i>gl</i> = 5	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,149	,942	,170	,944	,188	,908	,300	,833
	,000	,000	,000	,002	,200 ^a	,230	,161	,146
Mejora parcial								
	<i>gl</i> = 174		<i>gl</i> = 86		<i>n</i> = 26		<i>n</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,108	,969	,118	,969	,150	,944	,267	,866
	,000	,001	,005	,039	,134	,168	,098	,136
Mejora total								
	<i>gl</i> = 114		<i>gl</i> = 53		<i>n</i> = 20		<i>n</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,089	,967	,138	,944	,160	,949	,267	,866
	,027	,006	,013	,015	,196	,355	,098	,136
Recuperación parcial								
	<i>gl</i> = 162		<i>gl</i> = 77		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,111	,964	,136	,963	,162	,935	,267	,866
	,000	,000	,001	,025	,090	,113	,098	,136
Recuperación total								
	<i>gl</i> = 101		<i>gl</i> = 45		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,090	,969	,149	,954	,164	,916	,267	,866
	,043	,017	,013	,073	,200 ^a	,112	,098	,136
DASS-21 Estrés								
Duración del tratamiento								
	<i>gl</i> = 223		<i>gl</i> = 119		<i>n</i> = 30		<i>n</i> = 11	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,085	,989	,104	,981	,124	,947	,108	,984
	,001	,101	,003	,083	,200 ^a	,141	,200 ^a	,983
Juicio del terapeuta								
	<i>gl</i> = 130		<i>gl</i> = 79		<i>n</i> = 11		<i>n</i> = 5	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,101	,984	,080	,986	,195	,944	,178	,981
	,002	,126	,200 ^a	,540	,200 ^a	,563	,200 ^a	,940
Mejora parcial								
	<i>gl</i> = 174		<i>gl</i> = 86		<i>n</i> = 26		<i>n</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,084	,991	,098	,986	,170	,950	,136	,961
	,004	,340	,042	,472	,051	,229	,200 ^a	,815
Mejora total								
	<i>gl</i> = 114		<i>gl</i> = 53		<i>n</i> = 20		<i>n</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,077	,992	,093	,982	,231	,873	,136	,961
	,090	,718	,200 ^a	,621	,006	,013	,200 ^a	,815
Recuperación parcial								
	<i>gl</i> = 162		<i>gl</i> = 77		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 8	
	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>	<i>K-S</i>	<i>S-W</i>
<i>p</i>	,083	,990	,102	,983	,175	,942	,136	,961
	,009	,348	,046	,378	,046	,161	,200 ^a	,815

Tabla 4. (Continuación).

Recuperación total								
	gl = 101		gl = 45		gl = 18		gl = 8	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,065	,992	,073	,990	,267	,823	,136	,961
p	,200 ^a	,829	,200 ^a	,967	,001	,003	,200 ^a	,815
DASS-21 Total								
Duración del tratamiento								
	gl = 219		gl = 116		gl = 29		gl = 11	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,074	,984	,083	,982	,135	,944	,216	,924
p	,005	,014	,046	,124	,190	,131	,161	,357
Juicio del terapeuta								
	gl = 127		gl = 77		gl = 10		gl = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,078	,985	,071	,986	,172	,933	,187	,924
p	,056	,167	,200 ^a	,533	,200 ^a	,478	,200 ^a	,555
Mejora parcial								
	gl = 171		gl = 84		gl = 25		gl = 8	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,053	,989	,064	,989	,145	,938	,187	,926
p	,200 ^a	,236	,200 ^a	,719	,184	,132	,200 ^a	,478
Mejora total								
	gl = 112		gl = 52		gl = 19		gl = 8	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,057	,989	,096	,979	,195	,913	,187	,926
p	,200 ^a	,523	,200 ^a	,470	,055	,083	,200 ^a	,478
Recuperación parcial								
	gl = 159		gl = 75		gl = 24		gl = 8	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,047	,990	,068	,989	,147	,933	,187	,926
p	,200 ^a	,358	,200 ^a	,795	,197	,111	,200 ^a	,478
Recuperación total								
	gl = 99		gl = 44		gl = 17		gl = 8	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,056	,992	,108	,976	,209	,895	,187	,926
p	,200 ^a	,815	,200 ^a	,482	,047	,056	,200 ^a	,478
BSI- IGS								
Duración del tratamiento								
	gl = 192		gl = 105		gl = 28		gl = 10	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,261	,335	,321	,272	,113	,950	,190	,931
p	,000	,000	,000	,000	,200 ^a	,203	,200 ^a	,453
Juicio del terapeuta								
	gl = 113		gl = 71		gl = 11		gl = 4	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,347	,265	,388	,241	,147	,951	--	--
p	,000	,000	,000	,000	,200 ^a	,653		
Mejora parcial								
	gl = 154		gl = 80		gl = 25		gl = 7	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,280	,309	,347	,262	,135	,954	,292	,909
p	,000	,000	,000	,000	,200 ^a	,304	,072	,390
Mejora total								
	gl = 105		gl = 51		gl = 20		gl = 7	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,321	,299	,408	,260	,165	,940	,292	,909
p	,000	,000	,000	,000	,158	,245	,072	,390
Recuperación parcial								
	gl = 144		gl = 74		gl = 24		gl = 7	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,304	,298	,381	,254	,148	,932	,292	,909
p	,000	,000	,000	,000	,190	,109	,072	,390
Recuperación total								
	gl = 92		gl = 44		gl = 18		gl = 7	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,336	,288	,419	,258	,189	,911	,292	,909
P	,000	,000	,000	,000	,089	,089	,072	,390

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; S-W: Prueba de Shapiro-Wilk; $p > 0,05$; ^aLímite inferior de la sign. Verdadera.

Tabla 5. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras total y otras muestras en el pretratamiento y postratamiento para los que terminan el tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	N Muestra total		N Ansiedad		N Estado de ánimo		N TCA	
Duración del Tratamiento	292		153		39		18	
Juicio del terapeuta	161		102		13		6	
Mejorados parcial	210		104		31		11	
Mejorados total	138		66		24		10	
Recuperados parcial	190		93		30		10	
Recuperados total	120		57		22		9	
Interferencia Total								
Duración del tratamiento	gl = 96		gl = 58		gl = 13		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,072 ,200 ^a	,991 ,740	,077 ,200 ^a	,992 ,958	,215 ,104	,911 ,189	--	--
Juicio del terapeuta	gl = 67		gl = 45		gl = 6		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,061 ,200 ^a	,994 ,982	,069 ,200 ^a	,994 ,997	,169 ,200 ^a	,951 ,746	--	--
Mejora parcial	gl = 83		gl = 48		gl = 13		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,085 ,200 ^a	,987 ,600	,082 ,200 ^a	,987 ,881	,215 ,104	,911 ,189	--	--
Mejora total	gl = 53		gl = 30		gl = 10		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,103 ,200 ^a	,982 ,603	,103 ,200 ^a	,980 ,821	,225 ,166	,876 ,116	--	--
Recuperación parcial	gl = 78		gl = 44		gl = 13		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,086 ,200 ^a	,987 ,624	,095 ,200 ^a	,984 ,796	,215 ,104	,911 ,189	--	--
Recuperación total	gl = 47		gl = 25		gl = 9		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,095 ,200 ^a	,973 ,357	,097 ,200 ^a	,979 ,868	,311 ,012	,838 ,055	--	--
Interferencia Global								
Duración del tratamiento	gl = 95		gl = 57		gl = 13		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,115 ,004	,973 ,050	,147 ,003	,967 ,125	,254 ,021	,902 ,141	--	--
Juicio del terapeuta	gl = 68		gl = 45		gl = 7		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,123 ,012	,971 ,115	,163 ,004	,955 ,076	,357 ,007	,719 ,006	--	--
Mejora parcial	gl = 82		gl = 47		gl = 13		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,129 ,002	,958 ,009	,170 ,002	,954 ,064	,254 ,021	,902 ,141	--	--
Mejora total	gl = 52		gl = 29		gl = 10		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,176 ,000	,948 ,024	,223 ,001	,927 ,045	,300 ,011	,898 ,211	--	--
Recuperación parcial	gl = 78		gl = 43		gl = 13		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,130 ,002	,961 ,017	,175 ,002	,955 ,092	,254 ,021	,902 ,141	--	--
Recuperación total	gl = 48		gl = 25		gl = 10		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,171 ,001	,946 ,027	,221 ,003	,923 ,061	,300 ,011	,898 ,211	--	--

Tabla 5. (Continuación).

MQLI									
Duración del tratamiento		gl = 55		gl = 27		gl = 12		gl = 2	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p		,058	,988	,098	,973	,136	,954	--	--
		,200 ^a	,870	,200 ^a	,682	,200 ^a	,700		
Juicio del terapeuta		gl = 40		gl = 22		gl = 5		gl = 2	
p		,099	,968	,113	,950	,221	,972	--	--
		,200 ^a	,316	,200 ^a	,317	,200 ^a	,891		
Mejora parcial		gl = 47		gl = 22		gl = 11		gl = 2	
p		,087	,982	,157	,920	,167	,947	--	--
		,200 ^a	,667	,170	,075	,200 ^a	,601		
Mejora total		gl = 30		gl = 14		gl = 8		gl = 2	
p		,094	,982	,163	,916	,222	,934	--	--
		,200 ^a	,868	,200 ^a	,195	,200 ^a	,555		
Recuperación parcial		gl = 47		gl = 22		gl = 11		gl = 2	
p		,087	,982	,157	,920	,167	,947	--	--
		,200 ^a	,667	,170	,075	,200 ^a	,601		
Recuperación total		gl = 29		gl = 13		gl = 8		gl = 2	
p		,097	,982	,176	,913	,222	,934	-	--
		,200 ^a	,880	,200 ^a	,199	,200 ^a	,555	-	

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; S-W: Prueba de Shapiro-Wilk; $p > 0,05$; ^aLímite inferior de la sign. Verdadera.

Tabla 6. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) para los que terminan el tratamiento.

MEDIDAS ESPECÍFICAS	N AGO/TP		N Fob. Espec.		N Fobia Social		N TAG		N TOC		
Duración del Tratamiento	33		31		36		31		12		
Juicio del terapeuta	15		25		23		26		6		
Mejorados parcial	23		20		25		21		7		
Mejorados total	9		18		19		10		5		
Recuperados parcial	18		18		23		21		6		
Recuperados total	8		15		16		9		4		
Duración del tratamiento		gl = 28		gl = 28		gl = 33		gl = 29		gl = 10	
p		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,136	,962	,114	,966	,160	,948	,143	,961	,140	,964
	,198	,384	,200 ^a	,481	,031	,117	1,36	,343	,200 ^a	,830	
Juicio del terapeuta		gl = 12		gl = 20		gl = 22		gl = 22		gl = 6	
p		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,266	,859	,205	,903	,161	,909	,191	,921	,176	,962
	,019	,048	,028	,047	,145	,046	,036	,080	,200 ^a	,834	
Mejora parcial		gl = 17		gl = 20		gl = 24		gl = 17		gl = 6	
p		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,192	,915	,176	,928	,191	,913	,200	,925	,301	,883
	,096	,123	,108	,139	,024	,042	,068	,178	,094	,281	
Mejora total		gl = 7		gl = 18		gl = 19		gl = 7		gl = 5	
p		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,215	,947	,173	,932	,128	,948	,214	,967	,274	,912
	,200 ^a	,707	,162	,213	,200 ^a	,368	,200 ^a	,876	,200 ^a	,477	
Recuperación parcial		gl = 17		gl = 18		gl = 22		gl = 19		gl = 5	
p		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,111	,945	,199	,910	,173	,926	,190	,930	,333	,811
	,200 ^a	,386	,057	,086	,084	,102	,069	,172	,073	,100	

Tabla 6. (Continuación).

Recuperación total	gl = 7		gl = 15		gl = 16		gl = 19		gl = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,224	,943	,182	,908	,100	,966	,195	,963	,334	,869
p	,200 ^a	,668	1,95	,126	,200 ^a	,774	,200 ^a	,838	--	,293

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; S-W: Prueba de Shapiro-Wilk; $p > 0,05$; ^aLímite inferior de la sign. Verdadera.

Tabla 7. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas de malestar general en las muestras de trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) para los que terminan el tratamiento.

MEDIDAS MALESTAR GENERAL	N AGO/TP		N Fob. Espec.		N Fobia Social		N TAG		N TOC	
Duración del Tratamiento	33		31		36		31		12	
Juicio del terapeuta	15		25		23		26		6	
Mejorados parcial	23		20		25		21		7	
Mejorados total	9		18		19		10		5	
Recuperados parcial	18		18		23		21		6	
Recuperados total	8		15		16		9		4	
DASS-21 Depresión										
Duración del tratamiento	n = 27		n = 21		n = 25		n = 27		n = 10	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,157	,924	,233	,852	,126	,953	,101	,977	,153	,962
	,084	,049	,004	,005	,200 ^a	,297	,200 ^a	,792	,200 ^a	,811
Juicio del terapeuta	n = 13		n = 13		n = 17		n = 22		n = 6	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,203	,874	,311	,846	,164	,925	,157	,953	,195	,955
	,145	,060	,001	,025	,200 ^a	,176	,170	,362	,200 ^a	,781
Mejora parcial	n = 19		n = 14		n = 22		n = 18		n = 6	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,169	,935	,237	,889	,142	,960	,184	,885	,221	,941
	,159	,213	,032	,079	,200 ^a	,494	,108	,031	,200 ^a	,666
Mejora total	n = 6		n = 12		n = 16		n = 9		n = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,217	,929	,282	,770	,153	,930	,254	,890	,261	,859
	,200 ^a	,570	,009	,004	,200 ^a	,242	,097	,198	,200 ^a	,223
Recuperación parcial	n = 15		n = 13		n = 20		n = 18		n = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,163	,923	,265	,910	,151	,951	,184	,885	,203	,976
	,200 ^a	,216	,013	,086	,200 ^a	,376	,108	,031	,200 ^a	,914
Recuperación total	n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 4	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,237	,884	,349	,735	,179	,905	,200	,905	--	--
	,200 ^a	,290	,001	,002	,200 ^a	,156	,200 ^a	,362		
DASS-21 Ansiedad										
Duración del tratamiento	n = 27		n = 21		n = 26		n = 27		n = 10	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,171	,922	,232	,858	,135	,950	,147	,953	,282	,876
	,042	,043	,004	,006	,200 ^a	,238	,139	,251	,023	,118
Juicio del terapeuta	n = 13		n = 13		n = 18		n = 22		n = 6	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,145	,946	,258	,851	,125	,940	,168	,949	,286	,863
	,200 ^a	,534	,018	,029	,200 ^a	,288	,105	,299	,136	,201
Mejora parcial	n = 19		n = 14		n = 22		n = 18		n = 6	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,119	,950	,146	,969	,120	,959	,164	,952	,286	,863
	,200 ^a	,392	,200 ^a	,861	,200 ^a	,463	,200 ^a	,459	,136	,201

Tabla 7. (Continuación).

Mejora total										
	<i>n</i> = 7		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 16		<i>n</i> = 9		<i>n</i> = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,224	,942	,197	,885	,142	,924	,244	,935	,229	,867
<i>p</i>	,200 ^a	,661	,200 ^a	,101	,200 ^a	,192	,129	,528	,200 ^a	,254
Recuperación parcial										
	<i>n</i> = 15		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 20		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,137	,956	,167	,961	,131	,925	,164	,952	,348	,779
<i>p</i>	,200 ^a	,618	,200 ^a	,770	,200 ^a	,134	,200 ^a	,459	,047	,054
Recuperación total										
	<i>n</i> = 6		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 4	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,258	,950	,200	,868	,142	,940	,232	,955	--	--
<i>p</i>	,200 ^a	,741	,200 ^a	,094	,200 ^a	,453	,200 ^a	,771	--	--
DASS-21 Estrés										
Duración del tratamiento										
	<i>n</i> = 27		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 26		<i>n</i> = 27		<i>n</i> = 10	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,096	,970	,146	,949	,143	,939	,157	,940	,162	,920
<i>p</i>	,200 ^a	,603	,200 ^a	,321	,186	,126	,086	,125	,200 ^a	,357
Juicio del terapeuta										
	<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 6	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,201	,881	,141	,963	,104	,952	,138	,950	,258	,940
<i>p</i>	,155	,074	,200 ^a	,801	,200 ^a	,458	,200 ^a	,320	,200 ^a	,659
Mejora parcial										
	<i>n</i> = 19		<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 6	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,143	,931	,165	,950	,134	,942	,165	,958	,258	,940
<i>p</i>	,200 ^a	,183	,200 ^a	,555	,200 ^a	,219	,200 ^a	,559	,200 ^a	,659
Mejora total										
	<i>n</i> = 7		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 16		<i>n</i> = 9		<i>n</i> = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,332	,823	,163	,957	,105	,983	,118	,976	,198	,957
<i>p</i>	,019	,069	,200 ^a	,741	,200 ^a	,982	,200 ^a	,941	,200 ^a	,787
Recuperación parcial										
	<i>n</i> = 15		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 20		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,148	,919	,180	,943	,113	,954	,165	,958	,198	,957
<i>p</i>	,200 ^a	,186	,200 ^a	,492	,200 ^a	,438	,200 ^a	,559	,200 ^a	,787
Recuperación total										
	<i>n</i> = 6		<i>n</i> = 10		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 4	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,172	,912	,195	,941	,125	,964	,153	,950	--	--
<i>p</i>	,200 ^a	,452	,200 ^a	,564	,200 ^a	,820	,200 ^a	,728	--	--
DASS-21 Total										
Duración del tratamiento										
	<i>n</i> = 26		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 27		<i>n</i> = 9	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,152	,935	,174	,818	,139	,936	,114	,965	,262	,815
<i>p</i>	,123	,100	,095	,001	,200 ^a	,122	,200 ^a	,476	,075	,030
Juicio del terapeuta										
	<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 17		<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,159	,979	,145	,906	,203	,904	,127	,953	,197	,943
<i>p</i>	,200 ^a	,974	,200 ^a	,161	,062	,079	,200 ^a	,365	,200 ^a	,685
Mejora parcial										
	<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,134	,910	,120	,948	,138	,937	,144	,932	,167	,964
<i>p</i>	,200 ^a	,086	,200 ^a	,528	,200 ^a	,173	,200 ^a	,208	,200 ^a	,833
Mejora total										
	<i>n</i> = 7		<i>n</i> = 12		<i>n</i> = 16		<i>n</i> = 9		<i>n</i> = 4	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,253	,858	,138	,924	,188	,906	,209	,896	--	--
<i>p</i>	,194	,146	,200 ^a	,322	,132	,101	,200 ^a	,232	--	--
Recuperación parcial										
	<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 13		<i>n</i> = 20		<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 4	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
	,178	,909	,124	,944	,156	,939	,144	,932	--	--
<i>p</i>	,200 ^a	,151	,200 ^a	,504	,200 ^a	,230	,200 ^a	,208	--	--

Tabla 4. (Continuación).

Recuperación total		n = 6		n = 10		n = 13		n = 18		n = 3	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,226	,877	,176	,893	,207	,879	,212	,889	--	--
	p	,200 ^a	,255	,200 ^a	,183	,132	,068	,200 ^a	,271		
BSI - IGS											
Duración del tratamiento		n = 19		n = 20		n = 23		n = 26		n = 10	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,145	,938	,454	,324	,090	,966	,133	,942	,188	,952
	p	,200 ^a	,243	,000	,000	,200 ^a	,597	,200 ^a	,148	,200 ^a	,693
Juicio del terapeuta		n = 9		n = 13		n = 16		n = 21		n = 6	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,150	,971	,505	,369	,127	,948	,100	,961	,249	,848
	p	,200 ^a	,899	,000	,000	,200 ^a	,453	,200 ^a	,530	,200 ^a	,151
Mejora parcial		n = 15		n = 15		n = 20		n = 19		n = 6	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,185	,951	,486	,357	,118	,963	,111	,932	,237	,903
	p	,180	,537	,000	,000	,200 ^a	,596	,200 ^a	,188	,200 ^a	,390
Mejora total		n = 6		n = 13		n = 14		n = 10		n = 5	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,236	,943	,484	,377	,141	,928	,164	,930	,292	,743
	p	,200 ^a	,682	,000	,000	,200	,284	,200 ^a	,450	,188	,025
Recuperación parcial		n = 13		n = 13		n = 12		n = 19		n = 5	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,200	,931	,485	,376	,137	,962	,111	,932	,223	,946
	p	,160	,355	,000	,000	,200 ^a	,617	,200 ^a	,188	,200 ^a	,706
Recuperación total		n = 5		n = 10		n = 12		n = 19		n = 4	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,249	,955	,495	,419	,175	,916	,206	,934	--	--
	p	,200 ^a	,775	,000	,000	,200 ^a	,255	,200 ^a	,556		

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; S-W: Prueba de Shapiro-Wilk; $p > 0,05$; ^aLímite inferior de la sign. Verdadera.

Tabla 8. Pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las medidas de interferencia y calidad de vida en las muestras de trastornos de ansiedad (AGO/TP, fobia específica, fobia social, TAG y TOC) para los que terminan el tratamiento.

INTERFERENCIA y CALIDAD DE VIDA	N AGO/TP	N Fob. Espec.	N Fobia Social	N TAG	N TOC						
Duración del Tratamiento	33	31	36	31	12						
Juicio del terapeuta	15	25	23	26	6						
Mejorados parcial	23	20	25	21	7						
Mejorados total	9	18	19	10	5						
Recuperados parcial	18	18	23	21	6						
Recuperados total	8	15	16	9	4						
INTERFERENCIA TOTAL											
Duración del tratamiento		gl = 12		gl = 12		gl = 11		gl = 14		gl = 5	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,130	,940	,142	,970	,148	,973	,169	,920	,183	,943
	p	,200 ^a	,495	,200 ^a	,909	,200 ^a	,915	,200 ^a	,222	,200 ^a	,689
Juicio del terapeuta		gl = 8		gl = 8		gl = 9		gl = 13		gl = 4	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,144	,928	,150	,956	,195	,961	,149	,944	--	--
	p	,200 ^a	,500	,200 ^a	,773	,200 ^a	,811	,200 ^a	,517		
Mejora parcial		gl = 11		gl = 10		gl = 10		gl = 11		gl = 3	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		,159	,914	,159	,967	,170	,966	,153	,949	--	--
	p	,200 ^a	,271	,200 ^a	,859	,200 ^a	,847	,200 ^a	,631		
Mejora total		gl = 4		gl = 8		gl = 7		gl = 6		gl = 3	
		K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
		--	--	,218	,929	,205	,968	,175	,971	--	--
	p			,200 ^a	,507	,200 ^a	,886	,200 ^a	,902		

Tabla 8. (Continuación).

Recuperación parcial										
	gl = 10		gl = 9		gl = 9		gl = 11		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,162 ,200 ^a	,898 ,209	,157 ,200 ^a	,966 ,854	,195 ,200 ^a	,961 ,811	,153 ,200 ^a	,949 ,631	--	--
Recuperación total										
	gl = 3		gl = 6		gl = 6		gl = 11		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	--	--	,180 ,200 ^a	,963 ,841	,264 ,200 ^a	,927 ,555	,229 ,200 ^a	,941 ,674	--	--
INTERFERENCIA GLOBAL										
Duración del tratamiento										
	gl = 11		gl = 12		gl = 11		gl = 14		gl = 5	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,184 ,200 ^a	,918 ,301	,266 ,018	,866 ,059	,217 ,156	,895 ,163	,141 ,200 ^a	,963 ,773	,361 ,032	,658 ,003
Juicio del terapeuta										
	gl = 8		gl = 8		gl = 9		gl = 13		gl = 4	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,243 ,184	,913 ,378	,226 ,200 ^a	,899 ,283	,262 ,074	,906 ,286	,199 ,167	,941 ,474	--	--
Mejora parcial										
	gl = 10		gl = 10		gl = 10		gl = 11		gl = 3	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,185 ,200 ^a	,932 ,463	,251 ,074	,882 ,137	,230 ,142	,872 ,106	,179 ,200 ^a	,940 ,526	--	--
Mejora total										
	gl = 3		gl = 8		gl = 7		gl = 6		gl = 3	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	--	--	,250 ,150	,906 ,330	,332 ,019	,869 ,183	,122 ,200 ^a	,982 ,961	--	--
Recuperación parcial										
	gl = 9		gl = 9		gl = 9		gl = 11		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,221 ,200 ^a	,889 ,196	,215 ,200 ^a	,889 ,195	,262 ,074	,906 ,286	,179 ,200 ^a	,940 ,526	--	--
Recuperación total										
	gl = 3		gl = 6		gl = 6		gl = 11		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	--	--	,204 ,200 ^a	,902 ,387	,293 ,117	,915 ,473	,141 ,200 ^a	,979 ,928	--	--
MQLI										
Duración del tratamiento										
	gl = 5		gl = 6		gl = 6		gl = 4		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,233 ,200 ^a	,907 ,450	,162 ,200 ^a	,969 ,886	,249 ,200 ^a	,893 ,337	--	--	--	--
-Juicio del terapeuta										
	gl = 4		gl = 5		gl = 5		gl = 3		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	----	--	,168 ,200 ^a	,968 ,860	,316 ,114	,804 ,087	--	--	--	--
Mejora parcial										
	gl = 5		gl = 5		gl = 5		gl = 2		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,233 ,200 ^a	,907 ,450	,236 ,200 ^a	,926 ,572	,316 ,114	,804 ,087	--	--	--	--
Mejora total										
	gl = 2		gl = 4		gl = 4		gl = 2		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
-p	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Recuperación parcial										
	gl = 5		gl = 5		gl = 5		gl = 2		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	,233 ,200 ^a	,907 ,450	,236 ,200 ^a	,926 ,572	,316 ,114	,804 ,087	,260 --	--	--	--
Recuperación total										
	gl = 2		gl = 3		gl = 4		gl = 2		gl = 2	
	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W	K-S	S-W
p	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

K-S: Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de la significación de Lilliefors; S-W: Prueba de Shapiro-Wilk; $p > 0,05$; ^aLímite inferior de la sign. Verdadera.

ANEXO 5 (RESULTADOS): Tablas comparativas del cálculos de los TE con diferentes fórmulas.

Tabla 1. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras según el análisis ITT.

	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA
<i>g</i> basado en DT intragrupo	0,59	0,66	0,62	0,52
<i>d</i> basado en DT intragrupo	0,59	0,67	0,63	0,54
<i>d</i> basado en DT pretest	0,66	0,71	0,74	0,61
<i>g</i> basado en DT conjunta	0,60	0,67	0,63	0,52
<i>d</i> basado en DT conjunta	0,60	0,67	0,64	0,54

Tabla 2. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad según el análisis ITT.

	AGO/TP	Fobia específica	Fobia social	TAG	TOC
<i>g</i> basado en DT intragrupo	0,69	0,69	0,64	0,72	0,82
<i>d</i> basado en DT intragrupo	0,70	0,70	0,65	0,74	0,88
<i>d</i> basado en DT pretest	0,75	0,71	0,81	0,83	1,11
<i>g</i> basado en DT conjunta	0,69	0,69	0,68	0,73	0,86
<i>d</i> basado en DT conjunta	0,70	0,70	0,69	0,74	0,92

Tabla 3. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras para los clientes que terminan el tratamiento según la definición duración del tratamiento.

	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA
<i>g</i> basado en DT intragrupo	0,96	0,93	1,26	1,08
<i>d</i> basado en DT intragrupo	0,97	0,93	1,29	1,15
<i>d</i> basado en DT pretest	1,02	0,95	1,85	1,23
<i>g</i> basado en DT conjunta	0,97	0,93	1,32	1,08
<i>d</i> basado en DT conjunta	0,97	0,93	1,35	1,15

Tabla 4. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad para los clientes que terminan el tratamiento según la definición duración del tratamiento.

	AGO/TP	Fobia específica	Fobia social	TAG	TOC
<i>g</i> basado en DT intragrupo	0,93	0,95	0,89	0,96	1,46
<i>d</i> basado en DT intragrupo	0,96	0,97	0,91	0,99	1,60
<i>d</i> basado en DT pretest	0,92	0,98	1,00	1,03	1,56
<i>g</i> basado en DT conjunta	0,94	0,95	0,91	0,96	1,47
<i>d</i> basado en DT conjunta	0,96	0,97	0,93	0,99	1,60

Tabla 5. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras para los clientes que terminan el tratamiento según la definición juicio del terapeuta.

	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA
<i>g</i> basado en DT intragrupo	1,14	1,14	1,43	2,32
<i>d</i> basado en DT intragrupo	1,15	1,15	1,54	2,90
<i>d</i> basado en DT pretest	1,18	1,19	1,45	2,03
<i>g</i> basado en DT conjunta	1,14	1,14	1,44	2,20
<i>d</i> basado en DT conjunta	1,15	1,15	1,54	2,75

Tabla 6. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad para los clientes que terminan el tratamiento según la definición juicio del terapeuta.

	AGO/TP	Fobia específica	Fobia social	TAG	TOC
<i>g</i> basado en DT intragrupo	1,66	1,16	1,28	1,01	1,30
<i>d</i> basado en DT intragrupo	1,78	1,21	1,33	1,04	1,55
<i>d</i> basado en DT pretest	1,76	1,18	1,37	1,22	1,55
<i>g</i> basado en DT conjunta	1,66	1,16	1,28	1,02	1,30
<i>d</i> basado en DT conjunta	1,78	1,21	1,33	1,05	1,55

Tabla 7. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras para los clientes que terminan el tratamiento según la definición de mejora parcial

	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA
<i>g</i> basado en DT intragrupo	1,27	1,30	1,61	1,48
<i>d</i> basado en DT intragrupo	1,27	1,30	1,66	1,64
<i>d</i> basado en DT pretest	1,34	1,27	2,44	2,22
<i>g</i> basado en DT conjunta	1,27	1,29	1,66	1,49
<i>d</i> basado en DT conjunta	1,28	1,30	1,72	1,66

Tabla 8. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad para los clientes que terminan el tratamiento según la definición mejora parcial.

	AGO/TP	Fobia específica	Fobia social	TAG	TOC
<i>g</i> basado en DT intragrupo	1,40	1,30	1,11	1,43	1,48
<i>d</i> basado en DT intragrupo	1,47	1,35	1,15	1,50	1,76
<i>d</i> basado en DT pretest	1,52	1,25	1,21	1,34	1,65
<i>g</i> basado en DT conjunta	1,40	1,34	1,12	1,44	1,50
<i>d</i> basado en DT conjunta	1,47	1,40	1,16	1,51	1,78

Tabla 9. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras para los clientes que terminan el tratamiento según la definición mejora total.

	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA
<i>g</i> basado en DT intragrupo	1,38	1,45	1,61	1,48
<i>d</i> basado en DT intragrupo	1,38	1,46	1,68	1,64
<i>d</i> basado en DT pretest	1,44	1,41	1,79	2,22
<i>g</i> basado en DT conjunta	1,38	1,45	1,62	1,49
<i>d</i> basado en DT conjunta	1,39	1,47	1,68	1,66

Tabla 10. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad para los clientes que terminan el tratamiento según la definición de mejora total.

	AGO/TP	Fobia específica	Fobia social	TAG	TOC
<i>g</i> basado en DT intragrupo	3,15	1,33	1,22	1,86	1,51
<i>d</i> basado en DT intragrupo	3,62	1,39	1,28	2,14	1,89
<i>d</i> basado en DT pretest	4,66	1,29	1,27	1,97	1,73
<i>g</i> basado en DT conjunta	3,10	1,38	1,23	1,88	1,53
<i>d</i> basado en DT conjunta	3,57	1,44	1,28	2,16	1,91

Tabla 11. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras para los clientes que terminan el tratamiento según la definición recuperación parcial.

	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA
<i>g</i> basado en DT intragrupo	1,41	1,48	1,65	2,13
<i>d</i> basado en DT intragrupo	1,42	1,49	1,70	2,39
<i>d</i> basado en DT pretest	1,44	1,42	1,86	2,50
<i>g</i> basado en DT conjunta	1,41	1,49	1,65	2,13
<i>d</i> basado en DT conjunta	1,42	1,50	1,70	2,39

Tabla 12. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad para los clientes que terminan el tratamiento según la definición de recuperación parcial.

	AGO/TP	Fobia específica	Fobia social	TAG	TOC
<i>g</i> basado en DT intragrupo	1,70	1,58	1,40	1,46	1,45
<i>d</i> basado en DT intragrupo	1,78	1,65	1,45	1,53	1,82
<i>d</i> basado en DT pretest	1,59	1,44	1,44	1,40	1,84
<i>g</i> basado en DT conjunta	1,73	1,64	1,40	1,47	1,62
<i>d</i> basado en DT conjunta	1,82	1,72	1,45	1,54	2,02

Tabla 13. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en la muestra total y otras muestras para los clientes que terminan el tratamiento según la definición recuperación total.

	Muestra total	Ansiedad	Estado de ánimo	TCA
<i>g</i> basado en DT intragrupo	1,54	1,65	1,63	2,13
<i>d</i> basado en DT intragrupo	1,55	1,67	1,70	2,39
<i>d</i> basado en DT pretest	1,58	1,59	1,76	2,50
<i>g</i> basado en DT conjunta	1,54	1,65	1,63	2,13
<i>d</i> basado en DT conjunta	1,55	1,68	1,70	2,39

Tabla 14. Diversos TE (d de Cohen y g de Hedges) de las diferencias pre-post de las medidas específicas en las muestras de trastornos de ansiedad para los clientes que terminan el tratamiento según la definición de recuperación total.

	AGO/TP	Fobia específica	Fobia social	TAG	TOC
<i>g</i> basado en DT intragrupo	2,35	1,55	1,44	1,45	
<i>d</i> basado en DT intragrupo	2,70	1,64	1,52	1,51	
<i>d</i> basado en DT pretest	2,78	1,45	1,47	1,40	
<i>g</i> basado en DT conjunta	2,35	1,64	1,45	1,47	
<i>d</i> basado en DT conjunta	2,70	1,73	1,52	1,54	