

## ACTA DE LA XIX EDICIÓN DEL PREMIO DE PSICOLOGIA "RAFAEL BURGALETA"

Reunidos a las 18'00 horas el Jurado designado por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, integrado por D. José Antonio Carrobles Isabel, D. Julio Lillo Jover, D. José Antonio Luengo Latorre, D. Miguel Ángel Vallejo Pareja y D<sup>a</sup> Sonia Toro Calle, acuerdan lo siguiente, conceder el

PREMIO: ESTUDIO LONGITUDINAL DEL MALESTAR EMOCIONAL Y LOS TRASTORNOS  
PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES DE CÁNCER QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE  
RAQOTERAPIA.

ACCÉSIT: FACTORES IMPLICADOS EN LA PROLONGACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS  
PSICOLÓGICOS.

Una vez abiertas las plicas los autores han resultado ser:

PREMIO: Manuel Hernández Blázquez  
Juan Antonio Cresado Rodríguez

ACCÉSIT: Francisco Javier Labrador Encinas, Mónica Bernaldo de Quirós Arayón,  
Ignacio Fernández-Arias, Francisco José Estupiñán Puig, Laura Gómezación,  
Carmen Blasco Fernández, Roberto Gómez Cuales y Cristina Téndez Leo

En Madrid, a 21 de mayo de 2012



Manuel Hernández Blázquez  
Juan Antonio Cresado Rodríguez  
Francisco Javier Labrador Encinas  
Mónica Bernaldo de Quirós Arayón  
Ignacio Fernández-Arias  
Francisco José Estupiñán Puig  
Laura Gómezación  
Carmen Blasco Fernández  
Roberto Gómez Cuales  
Cristina Téndez Leo

**COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS. CONVOCATORIA 2012**

**XIX EDICIÓN DEL PREMIO DE PSICOLOGÍA**

**«RAFAEL BURGALETA»**



**ESTUDIO LONGITUDINAL DEL MALESTAR EMOCIONAL Y LOS  
TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES DE CÁNCER  
QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA**

## **INDICE**

<b>1. Introducción.</b>	<b>1</b>
<b>2. Pacientes en tratamiento de radioterapia</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional</b>	<b>5</b>
<b>3. Estudio longitudinal del malestar emocional y psicopatología de los pacientes de cáncer durante la radioterapia</b>	<b>10</b>
<b>3.1. Objetivos</b>	<b>10</b>
<b>3.2. Hipótesis</b>	<b>11</b>
<b>3.3. Método</b>	<b>13</b>
<b>3.4. Resultados</b>	<b>24</b>
<b>3.5. Discusión</b>	<b>61</b>
<b>3.6. Conclusiones</b>	<b>74</b>
<b>3.7. Limitaciones</b>	<b>76</b>
<b>4. Conclusiones finales</b>	<b>78</b>
<b>5. Aportaciones del estudio. Recomendaciones para la práctica clínica.</b>	<b>79</b>
<b>6. Referencias bibliográficas</b>	<b>80</b>

## 1. INTRODUCCIÓN.

El padecimiento emocional y los trastornos psicopatológicos en personas que sufren un cáncer, ocupa el interés de múltiples autores en las últimas décadas. Se ha investigado abundantemente la presencia de trastornos de depresión, ideación o riesgo de suicidio, trastornos de ansiedad y adaptativos, así como la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y malestar emocional (*distress*), aunque no cumplan criterios de trastorno psicopatológico (Breitbart, Pessin y Kolva, 2010; Cruzado, 2007 y 2010; DeFlorio y Massie, 1995; Derogatis et al., 1983; Burgess et al., 2005; Gil et al., 2007, Grassi et al., 2004; Hegel et al. 2006; Henselmans et al., 2010; Hoffman et al., 2009; Holland, 1999; Hernández, Cruzado y Arana, 2007; Hoffman, McCarthy, Recklitis y Ng, 2009; Kissane et al., 2004; Levin y Alici, 2010; Massie y Holland, 1987; Miller y Massie, 2010; Roht et al, 1998; Uchitomi et al., 2003; Zabora et al., 2001).

La prevalencia de estos trastornos informada en los diversos estudios presentan gran variabilidad, entre otras razones por problemas metodológicos como la falta de estandarización de los instrumentos utilizados para el diagnóstico o detección de la problemática estudiada (Massie, 2004; Passik y Lowery, 2010), usándose desde entrevistas clínicas semiestructuradas validadas con criterios DSM-III, DSM-IV (APA *American Psychiatric Association*, 1980 y 2002) o CIE (OMS, 1993), a breves escalas de detección de la ansiedad, depresión o el malestar emocional, como el HADS (Zigmond y Snaith, 1983) o ultra-cortas como el DT (Roht et al., 1998; NCCN, 2004), hasta la simple pregunta '¿Está usted deprimido?' (Chochinov, Wilson, Enns y Lander, 1997). Así, la prevalencia de la depresión mayor oscila del 3 al 38%, y los síndromes del espectro de la depresión desde el 12,5 al 52% (Massie, Lloyd-Williams, Irving y Miller, 2010), que es, en todo caso, superior a la descrita para los trastornos del estado de ánimo en la población general, que se sitúa entre un 4,3% (Martínez et al., 2006) y un 9,5% (Kessler,



Chiu, Demler y Walters, 2005). Su evolución es variable, pero tiende a la mejoría aunque de forma más lenta que otros trastornos, pudiendo persistir más de un año después del diagnóstico de la enfermedad.

Así mismo, la prevalencia de la ideación o riesgo de suicidio en pacientes con cáncer oscila entre el 1% y el 20%; más del doble que en la población general (Akechi et al., 2002; Breitbart, Pessin y Kolva, 2010); Busch, Clark, Fawcett y Kravitz, 1993). Un 4,4% de ideas autolíticas y un 1,5% de intentos de suicidio en la población general española (Gabilondo et al., 2007). No se refiere claramente su evolución, si bien las ideas de suicidio pueden persistir durante años.

La prevalencia de trastornos de ansiedad en estos pacientes, ateniéndose a los estudios que usan entrevistas semiestructuradas, oscila entre el 2% referido por Derogatis et al. (1983) y el 5,3% (Kirsh, McGrew, Dugan y Passik, 2004); y en España, entre el 2,25% (Gil et al., 2007) y el 7,8% (Hernández, Cruzado y Arana, 2007), en paciente con distinto tipo de cáncer, y el 8,2% en pacientes con cáncer hematológico (Prieto et al., 2002), son prevalencias inferiores a las de la población general, que oscila entre un 6% (Martínez et al., 2006; Wells, Golding y Burnam, 1988) y un 18% (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005). Evolucionan generalmente hacia una mejoría rápida o progresiva, entre dos y ocho meses después del tratamiento. Si bien, se destaca la aparición de casos clínicos nuevos durante la evolución.

El diagnóstico preciso de los trastornos adaptativos presenta algunas dificultades (Li, Hales y Rodin, 2010), y su prevalencia en pacientes con cáncer es también variable, oscilando desde un 32% (Derogatis et al., 1983; Holland y Rowland, 1987, Kirsh, McGrew, Dugan y Passik, 2004), hasta el 42% (Akizuki et al., 2003). Y en pacientes oncológicos españoles, entre un 19% y un 55% (Gil et al., 2007; Hernández et al., 2007). Prevalencias superiores, en todo caso, a los de la población general (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, versión española, 2002). Su evolución es buena, y en menor tiempo que otros trastornos de los examinados.

Por otra parte, los estudios sobre el malestar psíquico o emocional (*distress*) en los pacientes con cáncer, siguiendo la propuesta de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 2004) de utilizar conceptos alejados de la psiquiatría no estigmatizantes, tiene la dificultad de operativizar este concepto, y usan para ello instrumentos de detección como el DT, el HADS en su escala total, el BSI-18 (Derogatis y Mesaratos, 1983), y otros, que siguen referidos a la clínica de la ansiedad o la depresión. La prevalencia del malestar emocional es, pues, muy variable, oscilando entre un 15% y un 47% (Hegel et al., 2006; Henselmans et al., 2010; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker y Piantadosi, 2001). No hay datos de la prevalencia en la población general. Su evolución es muy variable. Es interesante el estudio de Henselmans et al. (2010), pues considera la evolución en función de cuatro trayectorias: un 33,3% de las pacientes experimenta malestar solo durante el tratamiento activo, un 15,2% lo experimenta durante la fase de reingreso y supervivencia, otro 15,2% lo experimentan de forma crónica, mientras que un 36,3% no tienen malestar en ningún momento del estudio

Los factores de riesgo asociados a los trastornos psicopatológicos en los estudios revisados (Akechi, Okuyama, Sugawara, y Nakano, 2004; Breitbart, Pessin y Kolva, 2010; Bukberg, Penman y Holland, 1984; Craig y Abeloff, 1977; DeFlorio y Massie, 1995; Gil et al, 2007; Grassi et al., 2004; Kissane et al., 2004; Levin y Alici, 2010; Lichtenthal et al., 2009; Massie et al., 2010; Miller y Massie 2010; Musselman, Miller, Royster y McNutt; Strain, 1998) son: el ser mujer, ser joven, estado civil soltero, divorciado o viudo, inferior nivel educativo, tener antecedentes familiares de cáncer, el tipo de cáncer (más en cabeza y cuello, mama y respiratorio), mayor gravedad de la enfermedad (estadios avanzados, metástasis y tratamientos paliativos), tratamientos médicos previos (cirugía, quimioterapia, y radioterapia), estar en tratamiento (versus en remisión), presencia de diversos síntomas físicos (astenia, dolor, náuseas,

insomnio, pérdida de apetito), pérdidas de seres queridos, bajo apoyo social, afectación de la imagen corporal, disfunción física y cognitiva, dificultades en la relaciones familiares y sexuales, antecedentes psicopatológicos, tratamientos psiquiátricos o psicológicos previos, síntomas actuales de ansiedad, depresión y/o malestar emocional, y diversas preocupaciones vitales (enfermedad, evolución, tratamientos, muerte, familia, laborales).

Es necesario llevar a cabo estudios longitudinales en España para determinar la prevalencia del malestar emocional y los trastornos psicopatológicos de los pacientes de cáncer a lo largo de todo el proceso del tratamiento oncológico.

## **2. PACIENTES EN TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA.**

Cerca de un 45% de los enfermos con cáncer reciben radioterapia, como parte de su tratamiento: en la mitad de los casos con propósito curativo o para controlar localmente el cáncer, y en los restantes con objetivos paliativos o sintomáticos (MacLeod y Jackson, 1999; Stiegelis, Ranchor y Sanderman, 2004). La técnica actual permite dirigir una radiación contra la población subclínica de células cancerosas, lo que incluye el área del tumor, los nódulos linfáticos que drenan dicho área, y el tejido sano cercano al tumor. La afectación del tejido normal, puede causar diversos efectos físicos secundarios, como fatiga o astenia, irritación de la piel cercana al tumor, y síntomas gastrointestinales; síntomas que pueden permanecer durante meses después del tratamiento (Fransson y Widmark, 1999; Murillo, Valentín y Valentín, 2004).

Los síntomas físicos asociados con más frecuencia a la radioterapia son: astenia, irritación de la piel, náuseas, diarreas y síntomas gastrointestinales. Pueden aparecer de forma aguda, en algún momento de la radioterapia, o bien cuando el tratamiento ya ha finalizado, o manifestarse

de forma crónica, lo cual complica su comprensión y manejo (Andersen y Tewfik, 1985; Fransson y Widmark, 1999; King, Nail y Kreamer, 1985; Lacasta, Calvo, Gonzalez, y Ordoñez, 2004; Murillo et al., 2004; Nail, King y Johnson, 1986; Walker, Nail, Larsen, Magill y Schwartz, 1996).

En los pacientes en radioterapia pueden aparecer temores, preocupaciones, aprensión, sentimientos de indefensión, pesadillas e insomnio (Forester, Kornfeld y Fleiss, 1978; Munro, Biruls, Griffin, Thomas, Wallis, 1989; Peck y Boland, 1977), sin llegar a constituir trastornos psicopatológicos. Así mismo se describen alteraciones, disfunciones y problemas sexuales que aparecen incluso acabado el tratamiento (Helgason, Fredrikson, Adolfsson y Steineck, 1995, Hervouet et al., 2005).

Se han descrito también secuelas neuropsicológicas en algunos tumores a corto y largo plazo que puede alcanzar al 43% de los pacientes según el tipo de tumor y de radioterapia (Ahles y Correa, 2010; Crosen, Garwood, Glatstein y Neuwelt, 1994; Fuller et al, 2008; Sanz, Olivares y Barcia , 2011; Sheline, Wara y Smith, 1980).

### ***2.1. Trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional.***

La investigación sobre el impacto psicológico de la radioterapia se inició en los años 80 (Andersen, Karlson, Anderson y Tewfik, 1984; Munro et al., 1989), si bien es muy escasa, sobre todo en cuanto a estudios longitudinales antes, durante y después de la radioterapia (Stiegelis, et al., 2004). En España hasta la fecha no se ha realizado un estudio longitudinal de estas características

La prevalencia de estos trastornos presenta gran variabilidad dependiendo de los criterios diagnósticos empleados. Atendiendo a los instrumentos más rigurosos, como es la CIE-10, Fritzsche, Liptaia y Henkeb (2004) refieren que un 50% de los pacientes que acudían a

radioterapia por distintos cánceres, tenía algún trastorno mental (ver tabla 1), siendo un 3,4% trastornos depresivos, un 10,3% ansiedad, y un 5,7% otros trastornos. Los más prevalentes eran los trastornos adaptativos (13,9%) y otros trastornos que no precisaban tratamiento psicológico (17,3%).

**Tabla 1.- Necesidades atención psicológica en pacientes bajo radioterapia. Construido a partir de Fritzsche et al. (2004).**

Psicopatología y necesidades de psicoterapia	N / %
Total pacientes entrevistados	87 / 100%
Sin trastorno mental	43 / 49,4%
Trastornos adaptativos	12 / 13,9%
Trastornos depresión	3 / 3,4%
Trastornos ansiedad	9 / 10,3%
Otros trastornos	5 / 5,7%
Trastornos que sólo necesitan <i>counseling</i>	15 / 17,3%
<i>Necesitan atención psicológica (a juicio del psiquiatra)</i>	29 / 33,3%
<i>Reclaman atención psicológica</i>	36 / 42%

Atendiendo a la prevalencia de síntomas, cumplan o no criterios psicopatológicos, los pacientes en tratamiento de radioterapia presentan síntomas de ansiedad entre un 13% y un 24%, de depresión entre un 5 y un 17,5%, y de malestar emocional entre un 9,5% y un 37%, como puede verse en la tabla 2, donde figuran los autores y los instrumentos utilizados.

**Tabla 2.- Síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional. Distintos estudios e instrumentos breves de detección.**

Autores / Instrumento	Ansiedad	Depresión	Malestar emocional
Jenkins, Carmody y Rush (1998) / IDS-SR		16%	
Faller, Olshausen y Flentje (2003) / HADS clínico (>10)	20%	5%	37%
Hervouet et al. (2005) / HADS clínico (>15)	23,7%	14,6%	
Kilbride, Smith y Grant (2007) / HADS clínico (>10)		10%	
Frick, Tyroller y Panzer (2007) / HADS clínico (>11)	13%	8%	9,5%
Frick, Tyroller y Panzer (2007) / HADS moderado (>7)	16%	17,5%	
Maher, Mackenziet, Young y Markst, (1996) / HADS clínico (>11)	19%	5%	16%
Kelly, Paleri, Downs y Shah (2007 / HADS moderado (>7)	19,5%	13,9%	

En general, se observa un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión, desde el momento previo al inicio de la radioterapia hasta el final de la misma, pero un descenso en los meses siguientes.

Andersen et al. (1984) observan que las mujeres con cáncer ginecológico en tratamiento con braquiterapia sufrían un aumento de los síntomas de ansiedad desde el pretratamiento hasta las 24 horas después del mismo, tanto las que tenían mayor ansiedad previa como las que partían de niveles bajos.

Maher et al. (1996), analizan los síntomas de ansiedad y depresión previa a la radioterapia y en el seguimiento al mes de finalizar la misma, en pacientes con cánceres mixtos. En el seguimiento tanto los síntomas de ansiedad como los de malestar emocional habían mejorado; pero, así mismo era importante el porcentaje de los que empeoraban: aparecían un 5,8% de nuevos pacientes con ansiedad y un 8% de nuevos pacientes con malestar emocional. Es decir, que más que una evolución lineal de los síntomas se observa mejoría clínica en unos pacientes y empeoramiento en otros. Resultados similares encuentran Hammerlid et al., (1999).

Otros autores corroboran la disminución del malestar emocional durante la radioterapia, y en el seguimiento (Buick et al., 2000; Bye, Ose y Kaasa, 1995, y Janda et al., 2000), o de un aumento del bienestar emocional tras la finalización de la radioterapia (Frischenschlager, Hohenberg y Handl, 1991).

En una interesante revisión Stiegelis et al., (2004) destacan la gran variabilidad en la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en los estudio trasversales realizados en distintos momentos del tratamiento radioterapéutico, lo que no permite ninguna conclusión. Por otra parte, en 10 estudio longitudinales, pueden observar que: la mayoría de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico disminuyen durante en el periodo de seguimiento posterior a la radioterapia.

Por el contrario, el estudio evolutivo de Sehlen et al. (2003), en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, usando la escala de auto-evaluación de depresión SDS (*Self-rating Depression Scale*, Zung 1965), observan un aumento significativo de los síntomas de depresión entre el momento previo a la radioterapia y la segunda evaluación, realizada al finalizar el tratamiento. Dichos síntomas descienden luego en el seguimiento al mes y medio de acabada la radioterapia, pero no significativamente, y vuelven a aumentar seis meses después, en la cuarta evaluación. Es importante también en este caso, el porcentaje del 12% de pacientes que empeoran durante la radioterapia: en términos asistenciales, uno de cada 8 pacientes sufre un aumento clínico de los síntomas depresivos durante la radioterapia (ver tabla 3)

**Tabla 3.- Evolución de los cuadros depresivos a lo largo de la Radioterapia, y tras su finalización. Tomado de Sehlen et al. (2003).**

Depresión / tiempo de tratamiento	Pre RT t1 - %	Post RT t2 - %	Post RT t3 - %	Post RT t4 - %	Sig. Chi 2	Deterioro >10 puntos
Depresión (SDS Index >50)	34,3%	47,4%	38,5%	43,2%	McNemar p=0,027 (de t1-t2)	12,3% (t1-t2)
— Moderada	34,3%	42,1%	38,5%	39,5%		
— Severa	0%	5,3%	0%	3,7%		

Nelly et al. (2007) usando el HADS, obtienen resultados concordantes en un grupo de pacientes de cáncer de cabeza y cuello. Los síntomas de moderada-severa depresión iniciales, un 13,9%, aumentan significativamente durante la radioterapia a un 19%, y una vez finalizada la misma a un 23%; mientras que los síntomas de moderada-severa ansiedad se mantienen estables entre el momento inicial, un 19,5%, y el final de la radioterapia, un 18,7%, con un ligero descenso durante el proceso, un 15,4%.

Igualmente Chen et al. (2009), usando el HADS en pacientes con cáncer de cabeza y cuello observan que el nivel medio de los síntomas de depresión aumenta significativamente desde antes de la radioterapia (8,4) hasta el final de la misma (11,2), pero sin cambios significativos entre el

final y el seguimiento (10,7), mientras que el nivel medio de los síntomas de ansiedad no cambia significativamente entre los tres momentos del estudio (7,5; 6,9 y 6, respectivamente). Es importante también la observación de que un 85% de los pacientes experimentan un cambio clínico desde el inicio hasta el final de la radioterapia, y un 50% entre el final de la misma y el seguimiento.

Es decir, que independientemente de la evolución de la prevalencia, interesa conocer los pacientes que mejoran a lo largo del tratamiento, y sobre todo los que empeoran. Los estudios longitudinales deberían analizar las características individuales, o de subgrupos, que permitan entender la diferente evolución clínica. Esto permitiría conocer mejor los procesos diferenciales de adaptación a la situación de enfermedad, que tiene los distintos pacientes.

En resumen, se han descritos altos porcentajes de trastornos psicopatológicos y de malestar emocional en pacientes con cáncer, que son, en la mayoría de los casos más prevalentes que en la población general. Sin embargo, como recoge Cruzado (2010), existe una desproporción entre la meta asistencial de dar atención psicológica a todos los pacientes que lo necesitan y la situación actual en la que sólo un 10% de estos pacientes son derivados a tratamiento psicológico.



### **3. ESTUDIO LONGITUDINAL DEL MALESTAR EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA DE LOS PACIENTES DE CÁNCER DURANTE LA RADIOTERAPIA**

#### **3.1. Objetivos.**

1) Describir las variables que se señalan, en una muestra de 103 pacientes con diversos tipos de cáncer que acuden a tratamiento de radioterapia:

- Sociodemográficas (edad, género, y antecedentes familiares de cáncer);
- Clínica médica (tipo de tumor, gravedad de la enfermedad, tratamientos previos y síntomas físicos);
- Psicológicas: antecedentes psicopatológicos, tratamientos específicos previos, trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional actuales, problemas psicosociales y preocupaciones vitales.

2) Valorar el malestar emocional y los trastornos psicopatológicos a lo largo de los tres momentos de la administración del tratamiento: antes de iniciar el tratamiento de radioterapia (inicio), al terminarla (final), y al mes de finalizada (seguimiento):

- Evolución de la prevalencia de los trastornos psicopatológicos detectados por la entrevista estructurada MINI y los criterios DSM-IV-TR (trastornos del estado de ánimo, ideación/riesgo de suicidio, trastornos de ansiedad, adaptativos, y el conjunto de los trastornos agrupados);
- Evolución de la clínica psicopatológica (trayectorias) en los distintos pacientes;
- Evolución de la prevalencia e intensidad de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional, medidos por la escala HADS;

- Evolución de la prevalencia de las preocupaciones vitales, y los problemas psicosociales;
- Evolución de la prevalencia e intensidad de los síntomas físicos que padecen estos pacientes, medidos con la escala Edmonton (ESAS);

3) Determinar los factores de riesgo del malestar emocional y de los trastornos psicopatológicos.

- Factores de riesgo asociados a determinadas trayectorias clínicas de los trastornos psicopatológicos, a lo largo de estos tres momentos del estudio.
- Factores de riesgo asociados a los trastornos psicopatológicos al final del proceso radioterapéutico (al mes de seguimiento).

### **3.2. Hipótesis.**

1.- La prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer, según la MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, Sheehan et al., 1998) y los criterios del DSM-IV-TR, así como la intensidad y la prevalencia de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional, según el HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zigmond y Snaithe, 1983), disminuyen en el transcurso del tratamiento con radioterapia, desde el pre-tratamiento al final del mismo, y fundamentalmente desde el pre-tratamiento al mes de acabado éste.

2.- La prevalencia de las preocupaciones vitales disminuye desde el inicio de la radioterapia hasta el mes de seguimiento.

3.- La prevalencia de los problemas psicosociales disminuye desde el inicio de la radioterapia hasta un mes después de finalizada.

4.- La intensidad y la prevalencia de los síntomas físicos, según la ESAS (Escala de valoración de Síntomas de Edmonton de Bruera et al., 1991) aumentan desde el inicio al final de la radioterapia, y disminuyen al mes de finalizada.

5. Las trayectorias clínicas de los pacientes que no tienen trastornos psicopatológicos al inicio de la radioterapia pero sí al mes de finalizada, se diferencian de las de aquellos que permanecen sin trastorno en los dos momentos, en las siguientes características:

- a) Sociodemográficas: edad, género, y antecedentes familiares de cáncer;
- b) Antecedentes psicopatológicos previos;
- c) Presencia de síntomas físicos durante los tres momentos del estudio;
- d) Tipo de tumor y gravedad de la enfermedad (Estadios avanzado, Localización del tumor, Metástasis, y tipo de Radioterapia paliativa);
- e) Presencia de malestar emocional (según HADS) durante los tres momentos del estudio.

6.- Los factores de riesgo (*Odds ratio*) durante la radioterapia de tener algún trastorno psicopatológico (del estado de ánimo, ideación o riesgo de suicidios, de ansiedad) al mes de finalizada la misma son:

*Variables sociodemográficas:*

- a) Ser mujer;
- b) Ser joven;
- c) Tener antecedentes familiares de cáncer;

*Variables clínicas:*

- d) Tener un tumor de respiratorio, o de mama;

- e) Haber recibido previamente tratamiento de quimioterapia
- f) Tener síntomas físicos de astenia, dolor, náuseas, diarrea, irritación de la piel, pérdida de apetito, disnea e insomnio;
- g) Tener algún problema psicosocial, de imagen corporal, disfunción física, y disfunción cognitiva;

*Variables psicológicas:*

- h) Tener preocupaciones vitales respecto a la enfermedad, su evolución, los tratamientos, la familia, la muerte y el trabajo;
- i) Tener historia personal de problemas psicopatológicos;
- j) Manifestar síntomas clínicos de angustia, de depresión y de malestar psíquico (HADS) al inicio y al final de la radioterapia;
- k) Manifestar mayor intensidad de malestar emocional (HADS).

### **3.3. Método.**

***Muestra.***

Muestra de 235 pacientes con diversos tipos de cáncer que acuden al Servicio de Radioterapia del Hospital de Basurto (Bilbao), para tratamiento desde noviembre de 2007 hasta marzo de 2010, y que aceptan formar parte del estudio. De los 235 pacientes que completan la primera evaluación, al inicio de la radioterapia, sólo 130 completan la segunda medición, al final de la radioterapia, y sólo 127 la tercera, en el seguimiento al mes de finalizada. De estos 127 pacientes, solo 103 cumplen el requisito de haber completado las tres mediciones.

Los criterios de inclusión han sido: estar en tratamiento de radioterapia, ser mayores de 18

años, estado físico adecuado (índice Karnofsky >80), ausencia de problemas cognitivos (Mini-Mental), y consentir verbalmente a participar en el estudio, una vez informados por su médico.

Los 132 pacientes 'perdidos', se deben principalmente a problemas administrativos, o falta de coincidencia de horarios para llevar a cabo la evaluación, y en menor medida, a fallecimientos, y empeoramiento del estado físico general. Estas pérdidas concuerdan con las encontradas en este tipo de estudios (Sehlen et al., 2003).

### ***Diseño.***

Estudio longitudinal, descriptivo de los pacientes oncológicos desde el inicio de la radioterapia hasta finalizar la misma, y en el seguimiento a 1 mes de finalizada.

### ***Variables.***

Variable independiente:

Es el momento temporal de la administración del tratamiento de radioterapia, con estas tres categorías: 1.- Una semana antes de iniciar la radioterapia (inicio), 2.- La semana final del tratamiento (final), y 3.- Al mes de finalizada la radioterapia (seguimiento).

Variables dependientes

Serán recogidas de la entrevista con el paciente, y con los instrumentos apropiados, en los tres momentos del estudio.

Para facilitar su exposición se han agrupado en la tablas 4,5 y 6..

**Tabla 4. Variables psicológicas dependientes**

<b>Variables psicológicas</b>	
<b>Trastornos psicopatológicos</b>	<b>Instrumentos *</b>
<b>Trastornos del humor o estado del ánimo agrupados:</b> Depresión mayor. Depresión mayor con síntomas melancólicos. Episodio de manía e hipomanía. Distimia. <b>Ideas de muerte y Riesgo de suicidio.</b> <b>Trastornos de ansiedad agrupados:</b> Fobia social. Agorafobia. Angustia. Ansiedad generalizada.	<b>Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional – MINI</b>
<b>Trastornos adaptativos agrupados:</b> Con síntomas de ansiedad. Con síntomas depresivos. Con síntomas mixtos ansioso-depresivos.	<b>Entrevista clínica estructurada -Criterio DSM-IV-TR</b>
<b>Trayectorias de los trastornos psicopatológicos:</b> Bien siempre. Mejoran. Empeoran. Mal siempre.	Conforme a los resultados evolutivos de los trastornos psicopatológicos en este estudio.
<b>Síntomas psicológicos</b>	
<b>Síntomas de Ansiedad</b> <b>Síntomas de Depresión</b> <b>Índice de Malestar emocional</b>	<b>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria - HADS</b> – Subescala de Ansiedad – Subescala de Depresión – Puntuación global.
<b>Otras psicológicas</b>	
<b>Preocupaciones vitales sobre estos temas:</b> Enfermedad; Evolución; Tratamiento; Muerte; Familia; y Trabajo.	<b>Entrevista clínica.</b> <b>Protocolo de registro <i>ad hoc</i>.</b> <b>Hojas de evaluación psicooncológica</b>

\* Las referencias de los instrumentos citados aparecen más abajo en el apartado "instrumentos"

**Tabla 5. Factores psicosociales dependientes**

<b>Factores psicosociales</b>	
<b>Factores psicosociales (problemas relacionados con)</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>Apoyo social.</b> <b>Imagen corporal.</b> <b>Disfunción física.</b> <b>Problemas familiares.</b> <b>Relación sexual.</b> <b>Pérdida personal (en el último año).</b> <b>Disfunción cognitiva.</b>	<b>Entrevista clínica.</b> <b>Protocolo de registro <i>ad hoc</i>.</b> <b>Hojas de evaluación psicooncológica</b>

**Tabla 6. Variables de la clínica médica y físicas dependientes**

<i>Variables de la clínica médica y físicas.</i>	
Síntomas físicos	Instrumento
Fatiga / astenia Dolor Nauseas Diarrea Irritación de la piel Apetito Disnea (Falta de aire) Dificultad para dormir (insomnio)	Escala ESAS adaptada

Variables moduladoras:

Se describen en la tabla 7

**Tabla 7. Variables sociodemográficas.**

<i>Sociodemográficas</i>	
Variables sociodemográficas	Instrumentos
Sexo	Entrevista clínica. Protocolo de registro <i>ad hoc</i> . Hojas de evaluación psicooncológica
Edad	
Estado civil: soltero, casado, divorciado/separado, viudo.	
Estudios agrupados: básicos-secundarios / superiores.	
<i>Variables médicas. Relativas al tumor</i>	
Diagnóstico del tumor por Localización	Instrumentos
Diagnóstico del tumor por localización: Labio, cavidad oral y faringe -C00-C14 Todas las localizaciones -C00-C80 Aparato digestivo -C15-C26 Aparato respiratorio -C30-C39 Huesos, articulaciones y cartílagos -C40-C41 Sistema hematopoyético y reticuloendotelial -C42 Piel -C44 Nervios periféricos y sistema nervioso autónomo -C47 Peritoneo y retroperitoneo -C48 Tejidos conjuntivos, subcutáneos y otros tejidos blandos -C49 Mama -C50 Genital femenino -C51-C58 Genital masculino -C60-C63 Urinario -C64-C68 Ojo, encéfalo y otros del sistema nervioso central -C69-C72 Tiroides y otras glándulas endocrinas -C73-C75 Localizaciones mal definidas -C76 Ganglios linfáticos -C77 Primario desconocido -C80	Historia clínica  Registro de Tumores de la Comunidad Autónoma.

*Sigue*

Tabla 7. Variables sociodemográficas. Continuación.

<b>Variables médicas. Relativas al tumor</b>	
<b>Tumores agrupados</b>	
Cabeza / Cuello - C00-C14 Digestivo - C15-C26 Respiratorio - C30-C39 Mama - C50 Genitales (ambos sexos) - C51-63 Los Restantes	<i>Ídem</i>
<b>Otras variables médicas</b>	<b>Instrumentos</b>
<b>Antecedentes de cáncer:</b> Personales Familiares: abuelos, padres y hermanos.	<b>Historia clínica del paciente del Hospital de Basurto</b>  <b>Entrevista con el paciente.</b> <b>Hojas de evaluación psicooncológica</b>
<b>Tiempo desde el diagnóstico:</b> Días desde el diagnóstico hasta la primera medición.	
<b>Índices de gravedad de la enfermedad:</b> - Estadío: I, II, III, IV. - Extensión: Localizado, infiltrante, metástasis. - Propósito del tratamiento: Adyuvante, paliativo.	
<b>Tratamientos previos recibidos:</b> Intervención quirúrgica, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, trasplante de médula ósea, y otros.	
<b>Otros síntomas físicos</b>	
<b>Otros síntomas físicos</b>	<b>Instrumento</b>
Estado físico general	<b>Índice de valoración funcional de rendimiento, Karnofsky</b>
<b>Otras variables psicológicas</b>	
<b>Otras psicológicas</b>	<b>Instrumento</b>
<b>Antecedentes psicopatológicos</b>	<b>Historia clínica</b> <b>Protocolo de registro ad hoc.</b> <b>Hojas de evaluación psicooncológica</b>
<b>Tratamientos previos:</b> psiquiátrico, psicológico, psicofarmacológico y mixto (psiquiátrico y psicológico).	

**Instrumentos.**

A continuación se presenta una breve descripción de los instrumentos señalados como útiles para la medición de las variables

*Historia clínica del paciente del Hospital de Basurto, Documento de registro ad hoc*

Registro administrativo, de identidad y clínico, único para cada paciente. La historia está unificada y reúne bajo una misma carpeta los registros asistenciales, análisis y evaluaciones que los distintos especialistas realizan de su asistencia al paciente. También el psicólogo clínico tiene



*Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton – ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), de Bruera et al. (1991). Adaptada*

Se aplica para medir una serie de síntomas frecuentes en los pacientes con cáncer (Bruera et al., 1991). Consta de un listado de 10 escalas numéricas que evalúan la presencia y el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo determinado por el evaluador según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma (dolor, cansancio, náuseas, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, bienestar, falta de aire, dificultad para dormir). Se encuentra así mismo validada y traducida al español (González, 2003). En la adaptación realiza para este estudio se han retirado los ítems psicológicos originales de ‘depresión’, ‘ansiedad’ y ‘bienestar’, que quedan evaluados por el HADS, y el de somnolencia’, y se han añadido los ítems físicos, ‘irritación de la piel’, ‘diarrea’ y ‘estreñimiento’, por ser comunes en los tratamientos oncológicos y no quedar recogidos por el ESAS.

*Índice de valoración funcional de rendimiento de Karnofsky (Karnofsky Performance Status), de Karnofsky, Abelmann, Graver y Burchenal (1948)*

El índice Karnofsky (Karnofsky et al., 1948; Karnofsky y Burchenal, 1949), es una medida estándar para medir la capacidad de los pacientes con cáncer para realizar tareas rutinarias. Las puntuaciones de la escala de rendimiento de Karnofsky van de 0 a 100. Una puntuación superior a 50, significa que el paciente tiene mejor capacidad para realizar las actividades cotidianas. Una puntuación Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes. Su validez es adecuada, correlacionando altamente con otras medidas de funcionamiento físico (Martín Ortiz, Sánchez Pérez y Sierra, 2005; Mor, Laliberte, Morris y Wiemann, 1984),

*Mini-examen Cognoscitivo – MEC o MINIMENTAL, de Lobo, Ezquerria, Gómez, Sala y Seva (1979)*

Es un sencillo y práctico test para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos (Lobo, Ezquerria, Gómez, Sala y Seva, 1979). Es la versión adaptada y validada en España del MMSE (*Mini-Mental State Examination*) de Folstein, Folstein y McHugh (1975). Se trata de una escala estructurada, que se realiza en 5–10 minutos, cuyos ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Memoria de Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje y Construcción. La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es <23 puntos.

#### ***Procedimiento.***

En primer lugar se presentó un protocolo de estudio entre los Servicios de Psiquiatría y de Radioterapia del Hospital de Basurto, que fue aprobado por la Comisión de Investigación de dicho hospital.

Se realiza un estudio prospectivo, con pacientes que acuden al Servicio de Radioterapia para tratamiento antineoplásico, desde noviembre de 2007 hasta marzo de 2010, y que cumplan los criterios de inclusión.

La semana inicial a la radioterapia, el médico radio-oncólogo se encarga de invitar a todos los pacientes a participar en el estudio, disponiendo para ello de una hoja informativa que presenta el médico, con el acuerdo verbal del paciente a participar. Todo ello queda anotado en la historia médica del paciente. Tras lo cual la secretaria del Servicio se encarga de citarles para una primera entrevista con la psicóloga.

Inicialmente se seleccionaron dos psicólogas, con formación en Psicooncología, y se les

instruyó en el manejo de los instrumentos, en una fase inicial, piloto, con 20 pacientes, asegurando así su precisión y concordancia a la hora de entrevistar a los pacientes y de recoger los datos.

En la primera entrevista con la psicóloga se informa al paciente con más detalle sobre el estudio que se realizará con él, y las instrucciones para la primera evaluación, al comienzo del tratamiento de radioterapia. Las entrevistas son realizadas siempre por el mismo investigador, y se llevan a cabo en un despacho del Servicio de Radioterapia del hospital. La evaluación comienza con una entrevista semi-estructurada, para recoger las variables con los instrumentos correspondientes; terminada la cual, se le recuerda al paciente los siguientes momentos del estudio. Esta primera entrevista no lleva más de 45 minutos.

Los datos de la entrevista pasan a un registro de resultados, dentro de la Hoja de Evaluación Psicooncológica en un registro específico *ad hoc* para esta investigación. Posteriormente los datos se vuelcan a una base datos Access (de © *Microsoft Corporation*), para su posterior análisis con el programa estadístico SPSS (de © *SPSS Inc.* versión 17) En todo momento los datos electrónicos están protegidos según normativa del Servicio de Estadística del hospital.

El procedimiento se repite, avisando al paciente de las fechas de la segunda evaluación, aproximadamente en la última semana del mismo, y de la tercera, al mes siguiente de acabada la radioterapia coincidiendo con la consulta de seguimiento con el médico. Estas entrevistas recogen solamente las variables sujetas al cambio temporal, y no llevan más de media hora.

### *Análisis estadísticos.*

Para caracterizar a la muestra se utilizarán distintos estadísticos descriptivos y de distribución de frecuencias, número total, porcentaje, media, desviación típica, y mediana, para las variables cuantitativas, y número total, y porcentajes para las cualitativas. Estos estadísticos se repiten en los tres momentos temporales, para las variables que no son constantes.

Se comprobará el ajuste a la normalidad en la distribución de las variables con la prueba de Kolmogórov-Smirnov

Para los análisis y significación de la evolución de las variables, se usarán pruebas *t* de Student de comparación de medias para 2 muestras relacionadas, con la corrección de Bonferroni, y Análisis de varianza con medidas repetidas en caso de variables de intervalo y que cumplan los criterios de normalidad, y, en su caso, las correspondientes pruebas no paramétricas para variables ordinales (pruebas de Friedman y de Wilcoxon) y para las nominales (pruebas de Q de Cochran).

Se usarán tablas de contingencia con estadísticos de Chi 2 y McNemar, para el análisis de la significación de la asociación entre las variables dependientes y las variables moduladoras, así como la *Odds ratio* para calcular el factor de riesgo.

Para calcular el tamaño del efecto, se usará la *d* de Cohen, y el valor Phi en el caso de variables dicotómicas

Para profundizar en la asociación o relación de la variable trastornos psicopatológicos (dicotómicas) con las restantes variables (categóricas y cuantitativas) se usarán las pruebas de contingencia (Phi) y de correlación biserial puntual (equivalente a R de Pearson), y biserial puntual por rangos (equivalente a Rho de Spearman).

Para decidir sobre la significación de los resultados se toma el nivel de confianza del 95%, nivel alfa de 0,05.

### **3.4. Resultados.**

Se comprobó que no había diferencias en ninguna de las variables estudiadas entre los 103 pacientes que completaron las tres mediciones del estudio, y los 132 'perdidos', que dejaron de acudir durante el proceso del estudio.

Se descarta la existencia de un sesgo en la pérdida de sujetos, desde los 235 de la muestra inicial, evaluados al inicio de la RT, hasta la muestra final de 103 sujetos que completan todas las mediciones. Ninguna caracterización específica entre los grupos permite interpretar esa pérdida de sujetos durante el estudio. Este fenómeno concuerda, como se ha dicho, con lo señalado por otros autores (Sehlen et al., 2003) que hablan de un 50% de pérdidas durante los estudios longitudinales con pacientes de este tipo, sin que exista una caracterización diferencial entre la muestra inicial y la final.

Se llevaron a cabo pruebas de Kolmogórov-Smirnov que revelaron que sólo se ajustaba a la normalidad la variable Edad. Para todas las demás variables se rechazó la hipótesis de normalidad, por lo que los análisis se realizaron con pruebas estadísticas no paramétricas.

Se exponen a continuación los resultados descriptivos-evolutivos según el tipo de variables.

#### **VARIABLES DEPENDIENTES DEL MOMENTO TEMPORAL**

##### ***Trastornos psicopatológicos.***

La tabla 8 muestra la distribución de la prevalencia, en los tres momentos del estudio, de los trastornos psicopatológicos del estado de ánimo o humor, la ideación/riesgo de suicidio, y los trastornos de ansiedad, tal como se recogen con la entrevista estructurada MINI, y los trastornos adaptativos recogidos según los criterios DSM-IV-TR. Conviene aclarar que para hallar la prevalencia de los trastornos agrupados, se han excluido los diagnósticos solapados, y los

trastornos adaptativos, a estos últimos, como ya se indicó en el estudio previo, por haber sido evaluados con un instrumento diferente, y no en todos los pacientes.

Se observa que, al inicio del tratamiento de radioterapia, un 27,2% de los pacientes (28 casos) muestra algún trastorno psicopatológico (sin incluir los trastornos adaptativos); prevalencia que desciende a un 21,4% (22 casos) al final del tratamiento, y que se mantiene en el mes de seguimiento.

De forma detallada,

- Los trastornos del estado del ánimo al inicio de la radioterapia están presentes en un 6,8% de los pacientes (principalmente un 4,9% de depresión mayor), prevalencia que desciende al 3,9% al final del tratamiento, y que se mantiene igual en el seguimiento.
- La ideación o riesgo de suicidio, solapada con otros diagnósticos, está presente en un 11,7% de los casos al inicio de la radioterapia; prevalencia que desciende al 7,8% al final de la radioterapia, y que se mantiene en el seguimiento.
- Los trastornos de ansiedad al inicio del tratamiento están presentes un 16,5% de los pacientes (principalmente un 9,7% de angustia); prevalencia que aumenta al 18,4% al final de la radioterapia, y que desciende en el seguimiento, aunque sólo al nivel inicial, un 16,5%.
- Finalmente, los trastornos adaptativos están presentes en un 12,5% al inicio de la radioterapia; prevalencia que desciende al 6,6% al final del tratamiento, y que se mantiene prácticamente igual, un 6,7%, en el seguimiento.

Ninguna de estas variaciones constatadas a nivel descriptivo resulta significativa, según la prueba Q de Cochran. La prevalencia de los trastornos psicopatológicos no se modifica

significativamente en los tres momentos de medición.

Por ello, *no se puede confirmar en este caso la hipótesis 1*), respecto a la evolución de los trastornos psicopatológicos.

**Tabla 8.- Variables dependientes. Trastornos del estado de ánimo o humor, ideación / riesgo de suicidio, trastornos de ansiedad y adaptativos. Entrevista estructurada MINI y DSM-IV-TR. Evolución y Significación.**

Trastornos psicopatológicos. Entrevista estructurada MINI y DSM-IV-TR	Inicio RT N / %	Final RT N / %	Seguimiento N / %	Sig. Q Cochran
Trastornos del estado de ánimo	7 / 6,8%	4 / 3,9%	4 / 3,9%	p=0,325
<i>Depresión mayor</i>	5 / 4,9%	3 / 2,9%	2 / 1,9%	
<i>DM con melancolía</i>	2 / 1,9%	1 / 1%	1 / 1%	
<i>DM con hipo-manía</i>	2 / 1,9%	1 / 1%	2 / 1,9%	
<i>Distimia</i>	1 / 1%	1 / 1%	1 / 1%	
Ideas / Riesgo suicidio	12 / 11,7%	8 / 7,8%	8 / 7,8%	p=0,39
Trastornos de ansiedad	17 / 16,5%	19 / 18,4%	17 / 16,5%	p=0,86
<i>Fobia social</i>	0 / 0%	0 / 0%	0 / 0%	
<i>Angustia</i>	10 / 9,7%	9 / 8,7%	10 / 9,7%	
<i>Agorafobia</i>	7 / 6,8%	10 / 9,7%	9 / 8,7%	
<i>Ansiedad generalizada</i>	3 / 2,9%	3 / 2,9%	2 / 1,9%	
Trastornos adaptativos (N 60)*	7 / 6,8% (12,5%)**	4 / 3,9% (6,6%)	4 / 3,9% (6,7%)	p=0,50
<i>Con síntomas de ansiedad</i>	3 / 2,9% (5,4%)	1 / 1% (1,6%)	2 / 1,9% (3,3%)	
<i>Con síntomas depresivos</i>	2 / 1,9% (3,6%)	2 / 1,9% (3,3%)	0 / 0% (0%)	
<i>Con síntomas mixtos</i>	2 / 1,9% (3,6%)	1 / 1% (1,6%)	2 / 1,9% (3,3%)	
Trastornos agrupados (excluidos solapados y adaptativos)	28 / 27,2%	22 / 21,4%	22 / 21,4%	p=0,378

\* Se señala el valor N para esta variable, al contener casos perdidos.

\*\*En el grupo de los trastornos adaptativos, el primer porcentaje aparece se refiere a la muestra total (103 sujetos), y el segundo, entre paréntesis, es la prevalencia real sobre la muestra evaluada (60 sujetos).

### ***Trayectorias clínicas de los trastornos psicopatológicos.***

La evolución de la prevalencia de los trastornos psicopatológicos no refleja cuál es la evolución real de cada paciente durante los tres momentos del estudio. En cambio, la trayectoria clínica permite describir a los pacientes que mejoran, empeoran, o permanecen clínicamente estables durante el proceso.

En la tabla 9 se muestra la trayectoria de los trastornos agrupados (excluidos los

adaptativos), con una distribución en 4 grupos:

- Los que no tienen trastornos desde el inicio hasta el seguimiento ('Bien siempre'), 58 pacientes (56,31%);
- Los que tienen trastornos al inicio y están bien en el seguimiento independientemente de cómo estén durante el tratamiento ('Mejoran'), 23 pacientes (22,33%);
- Los que no tienen trastornos al inicio, pero los tienen en el seguimiento, independientemente de cómo estén durante el tratamiento ('Empeoran'), 14 pacientes, un 13,59% de la muestra;
- Los que tienen trastornos desde el inicio hasta el seguimiento ('Mal siempre'), 8 pacientes, un 7,76%.

**Tabla 9.- Trayectorias de los trastornos psicopatológicos agrupados en cuanto a la evolución desde la primera medición (inicio RT) hasta la segunda (final RT) y la tercera (seguimiento al mes).**

Cuatro trayectorias	N	%
Bien siempre	58	56,3%
Mejoran	23	22,3%
Empeoran	14	13,6%
Mal siempre	8	7,8%
<i>Total</i>	<i>103</i>	<i>100,0%</i>

Se observa que más de la mitad de los pacientes están continuamente libres de un problema psicopatológico, mientras que casi un 44% padece algún trastorno durante los tres momentos del estudio; como se ve, este es un dato más valioso que el de la mera prevalencia de los trastornos en los tres momentos del estudio, que oscilaba aproximadamente entre el 21% y el 27%. La evolución clínica que muestran estas trayectorias es más preocupante, pues casi el 44% de los pacientes llega a sufrir algún tipo de trastorno durante alguna de las fases del proceso de radioterapia.



### *Síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional.*

En la tabla 10 se reflejan los valores promedios (media, desviación típica, mínimo-máximo) de los síntomas de ansiedad, de depresión y de malestar emocional, a partir de las puntuaciones directas que se recogen el HADS se observa que:

- La intensidad media de los síntomas de ansiedad (HAD-A, rango 0-21) al inicio del tratamiento es de 6,15, y desciende durante la radioterapia, a 4,42 al final de la misma y a 4,57 en el seguimiento. La variación es claramente significativa (Friedman,  $p < 0,001$ ), y en particular, según la prueba de comparación por pares Wilcoxon con corrección de Bonferroni, entre el inicio y el final de la radioterapia (primera y segunda evaluación, 1-2ev) y entre el inicio y el seguimiento (primera y tercera evaluación, 1-3ev);
- La intensidad media de los síntomas de depresión (HAD-D, rango 0-21) al inicio del tratamiento es de 4,17, e igualmente desciende durante la radioterapia, a 3,67 al final, y a 3,31 en el seguimiento. Variación también significativa (Friedman,  $p < 0,05$ ), particularmente entre el inicio y el seguimiento (1-3ev), según la prueba Wilcoxon;
- La intensidad del malestar emocional (HAD-T, rango 0-42), desciende lógicamente como en los síntomas anteriores, desde una media inicial de 10,31, hasta 8,09 al final, y 7,88 en el seguimiento. La variación es claramente significativa (Friedman,  $p < 0,001$ ), en particular entre el inicio y el final de la radioterapia (1-2ev) y entre el inicio y el seguimiento (1-3ev), según la prueba Wilcoxon.

Sobresale en hecho de que, en cualquiera de los tres momentos, las puntuaciones medias de estos tres síntomas están por debajo de los valores clínicos que son, para las subescalas de depresión y de ansiedad el valor 11, y para la de malestar emocional el 21.

Los tres síntomas experimentan una disminución significativa durante la radioterapia, por lo que *se confirma en este caso la hipótesis 1)*, respecto a la evolución de la intensidad de los síntomas medidos por el HADS.

**Tabla 10.- Variables psicológicas. Síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional. HADS. Valores promedios. Evolución, Significación y Tamaño del efecto.**

Síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional: HADS	Inicio RT Media / Dt. (mín – máx)	Final RT Media / Dt. (mín – máx)	Seguimiento Media / Dt. (mín – máx)	Sig. Friedman	Sig. Z Wilcoxon 1-2ev 1-3ev 2-3ev	T.E 1-2ev 1-3ev
HAD-A (rango 0-21)	6,15 / 4,799 (0-19)	4,42 / 3,851 (0-16)	4,57 / 3,759 (0-15)	p=0,000	p=0,000* p=0,000 p=0,78	0,40 0,36
HAD-D (rango 0-21)	4,17 / 3,654 (0-13)	3,67 / 3,653 (0-21)	3,31 / 3,128 (0-13)	p=0,018	p=0,029 p=0,002 p=0,23	0,14 0,25
HAD-T Malestar emocional (rango 0-42)	10,31 / 7,707 (0-30)	8,09 / 6,568 (0-24)	7,88 / 6,357 (0-24)	p=0,000	p=0,000 p=0,000 p=0,47	0,31 0,34

\* Aplicando la corrección de Bonferroni, la significación vendría dada por  $p < 0,016$  (valor p dividido entre el número de pares comparables, en este caso tres).

En resumen, se encuentra una disminución significativa de la intensidad de los síntomas en el HADS a lo largo del estudio, con tamaños de efecto moderado-bajos (0,40).

A continuación, en la tabla 11, se indica la prevalencia de los síntomas de ansiedad, de depresión y de malestar emocional medida con el HADS, en los tres momentos señalados. Se observa que respecto a

*Los síntomas de ansiedad:*

- Un 35,9% de los casos tienen ansiedad ‘dudosa o clínica’ (HAD-A >7) al inicio de la radioterapia, porcentaje que desciende al 18,4% al final de la misma, pero se incrementa a un 22,3%, al mes de seguimiento. Esta variación es significativa (Q de Cochran,  $p < 0,001$ );

- El porcentaje referido del 35,9% de ansiedad inicial, agrupa un 19,4% de ansiedad 'dudosa' (HAD-A 8-10), y un 16,5% con ansiedad 'clínica' (HAD-A >10);
- Examinando la prevalencia de los síntomas de ansiedad 'dudosa' se observa un descenso desde el 19,4% inicial hasta el 8,7% al final, y un incremento hasta un 13,6% en el seguimiento. La variación no resulta significativa;
- La prevalencia de los síntomas de ansiedad 'clínica' desciende desde el 16,5% inicial al 9,7% al final de la radioterapia, y hasta un 8,7% en el seguimiento. Esta variación tampoco es significativa.

En resumen, descenso significativo en general de los síntomas de ansiedad desde el inicio de la radioterapia hasta el mes de seguimiento, pero con un tamaño del efecto bajo. Descriptivamente, considerando al grupo con síntomas de ansiedad dudosa inicial la prevalencia disminuye al final de la radioterapia, pero aumenta de nuevo en el seguimiento, mientras que en aquellos con síntomas de ansiedad clínica inicial hay un descenso claro y sostenido de la prevalencia durante el estudio.

*Los síntomas de depresión:*

- Un 19,4% de los casos tienen depresión 'dudosa o clínica' (HAD-D >7) al inicio de la radioterapia, porcentaje que disminuye al 16,5% al final de la misma, y hasta el 10,7% al mes de seguimiento. No obstante, este descenso continuo no alcanza significación;
- El porcentaje referido del 19,4% de depresión inicial agrupa un 10,7% de depresión 'dudosa' (HAD-D 8-10), y un 8,7% de depresión 'clínica' (HAD-D >10);

- Examinando la prevalencia de los síntomas de depresión ‘dudosa’ se observa un aumento desde el 10,7% inicial hasta el 12,6% al final de la radioterapia, y luego una disminución hasta el 8,7% en el seguimiento. Estas variaciones no resultan significativas;
- La prevalencia de los síntomas de depresión ‘clínica’ desciende desde el 8,7% al inicio de la radioterapia hasta el 3,9% al final de la misma, y hasta el 1,9% al mes de seguimiento. Esta variación sí resulta significativa (Q de Cochran,  $p < 0,05$ ).

En resumen, visible descenso en general, aunque no significativo, de los síntomas de depresión desde el inicio de la radioterapia hasta el mes de seguimiento. Descriptivamente, considerando al grupo con síntomas de depresión dudosa inicial, la prevalencia aumenta al final de la radioterapia, pero disminuye al mes de seguimiento a un porcentaje inferior al inicial, mientras que en aquellos con síntomas de depresión clínica inicial hay un descenso continuado y significativo de la prevalencia durante el estudio, aunque el tamaño del efecto es bajo.

*Malestar emocional:*

- Un 27,2% de los casos tienen malestar emocional ‘dudoso o clínico’ (HAD-T >14) al inicio de la radioterapia, porcentaje que disminuye visiblemente hasta un 17,5% al final de la misma, aunque aumenta ligeramente hasta el 18,5% al mes de seguimiento. Esta variación resulta significativa (Q de Cochran,  $p < 0,05$ );
- El porcentaje referido del 27,2% de malestar emocional inicial agrupa un 14,6% de pacientes de malestar emocional ‘dudoso’ (HAD-T 15-20), y un 12,6% de malestar emocional ‘clínico’ (HAD-T > 21);

- Examinando la prevalencia del malestar emocional 'dudoso' se observa una disminución desde el 14,6% inicial hasta el 10,7% al final de la radioterapia, pero un aumento al mes de seguimiento, hasta los valores iniciales de malestar. Esta variación no es significativa;
- La prevalencia del malestar emocional 'clínico' desciende desde el 12,6% del inicio de la radioterapia hasta el 6,8% al final de la misma, y aun un poco más, hasta el 3,9% en el seguimiento. Esta variación sí resulta significativa (Q de Cochran,  $p < 0,05$ ).

En resumen, significativo descenso del malestar emocional en general desde el inicio de la radioterapia hasta el mes de seguimiento. Considerando el grupo de los que tienen malestar emocional dudoso inicialmente, la prevalencia al mes de seguimiento llega a alcanzar valores semejantes a los de partida; mientras que en aquellos con malestar emocional clínico al inicio, hay un descenso continuado y significativo durante el estudio, si bien con tamaños del efecto bajos.

Los datos anteriores indican que también en este caso *se confirma la hipótesis 1)*, respecto a la evolución de prevalencia de síntomas medidos por el HADS, con diferencias en función del nivel sintomático inicial.

**Tabla 11.- Variables psicológicas. Síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional. HADS. Evolución, Significación y Tamaño del efecto.**

Síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional. HAD.	Inicio RT N / %	Final RT N / %	Seguimiento N / %	Q Cochran Sig TE $\sqrt{\eta^2_{\text{Q}}}$
HAD-A >7	37 / 35,9%	19 / 18,4%	23 / 22,3%	17,867 p=0,000 0,29
HAD-A 8-10 'dudoso'	20 / 19,4%	9 / 8,7%	14 / 13,6%	5,515 p=0,063 0,16
HAD-A >10 'caso'	17 / 16,5%	10 / 9,7%	9 / 8,7%	5,429 p=0,066 0,16
HAD-D >7	20 / 19,4%	17 / 16,5%	11 / 10,7%	5,478 p=0,065 0,16
HAD-D 8-10 'dudoso'	11 / 10,7%	13 / 12,6%	9 / 8,7%	1,091 p=0,58 0,07
HAD-D >10 'caso'	9 / 8,7%	4 / 3,9%	2 / 1,9%	6,500 p=0,039 0,17
HAD-T >14	28 / 27,2%	18 / 17,5%	19 / 18,4%	7,280 p=0,026 0,18
HAD-T 15-20 'dudoso'	15 / 14,6%	11 / 10,7%	15 / 14,6%	1,185 p=0,53 0,07
HAD-T >20 'caso'	13 / 12,6%	7 / 6,8%	4 / 3,9%	7,875 p=0,019 0,19

En resumen, la evolución de la intensidad de los síntomas medidos por el HADS es clara, con una mejoría desde el inicio al final de la radioterapia, mientras que la evolución clínica de la frecuencia de estos síntomas es menos lineal: muestra una mejoría rápida entre el inicio y el final de la radioterapia en los síntomas de ansiedad o de malestar emocional (niveles moderados-clínicos), pero no en los de depresión (nivel moderado-clínico); así mismo, en los pacientes que están más deprimidos y con mayor malestar emocional inicialmente (niveles clínicos) la mejoría es significativa a lo largo del estudio.

### ***Preocupaciones vitales.***

Las preocupaciones vitales manifestadas por los pacientes a lo largo del estudio se exponen en la tabla 12. Según su frecuencia y evolución:

- El 43,7% de los pacientes está preocupados por la evolución de la enfermedad al inicio de la radioterapia, porcentaje que disminuye significativamente al 29,1% al final del tratamiento, y al 27,2% en el seguimiento (Q de Cochran,  $p < 0,01$ );
- Le sigue la preocupación por la familia, presente inicialmente en el 36,9% de los casos, porcentaje que desciende significativamente al 25,2% al final de la radioterapia, y al 23,3% en el seguimiento (Q de Cochran,  $p < 0,05$ );
- La preocupación por el tratamiento está presente en un 31,1% de los casos al inicio de la radioterapia, disminuye al 7,8% al final de la misma, y al 2,9% en el seguimiento, siendo un descenso significativo (Q de Cochran,  $p < 0,001$ ), y con un tamaño de efecto moderado;
- Igualmente significativa es la evolución de la preocupación por la enfermedad, que disminuye desde el 30,1% inicial hasta el 20,4% al final de la radioterapia, y todavía más, al 11,7% en el seguimiento (Q de Cochran,  $p < 0,005$ );
- La preocupación por la muerte, presente en el 20,4% de los casos al inicio de la radioterapia, disminuye significativamente hasta el 11,7% al final de la radioterapia, y aun más, hasta el 3,9% en el seguimiento (Q de Cochran,  $p < 0,001$ );
- La preocupación por el trabajo es la menos frecuente, y la única que no varía de forma significativa a lo largo del estudio. El porcentaje inicial de 14,6% desciende al 9,7% al final de la radioterapia, permanece igual al mes de seguimiento.

Estos datos *confirman la hipótesis 2*), con la excepción de la preocupación laboral.

**Tabla 12.- Variables psicológicas. Preocupaciones vitales. Evolución y Significación.**

Variable. Preocupaciones vitales por	Inicio RT N / %	Final RT N / %	Seguimiento N / %	Q Cochran Sig. TE
La enfermedad	31 / 30,1%	21 / 20,4%	12 / 11,7%	12,605 p=0,002 0,24
La evolución	45 / 43,7%	30 / 29,1%	28 / 27,2%	10,360 p=0,006 0,24
El tratamiento	32 / 31,1%	8 / 7,8%	3 / 2,9%	42,412 p=0,000 0,45
La muerte	21 / 20,4%	12 / 11,7%	4 / 3,9%	15,500 p=0,000 0,27
La familia	38 / 36,9%	26 / 25,2%	24 / 23,3	8,600 p=0,014 0,20
El trabajo	15 / 14,6%	10 / 9,7%	10 / 9,7%	2,778 p=0,24 0,11

En resumen, todas estas preocupaciones vitales decrecen a lo largo de los momentos examinados, siendo este descenso significativo, salvo en la preocupación por el trabajo.

### ***Problemas psicosociales.***

En la tabla 13 puede verse la prevalencia y evolución de este tipo de problemas en la muestra. Algunos de ellos son constantes, y sólo aparecen recogidos al inicio de la radioterapia, como es el caso de la pérdida de seres queridos en el año anterior a la evaluación, presente en el 50,5% de los pacientes, en un 17,5% de los casos debidas a una enfermedad oncológica.

Del resto de los problemas psicosociales se analiza su evolución durante los tres momentos del estudio, observándose que:

- Hay un alto nivel de apoyo social percibido por los pacientes de la muestra. La tabla refleja el escaso porcentaje de pacientes que refieren problemas de apoyo social, un 2,9% al



inicio de la radioterapia, que desaparece al final de la misma, para apenas elevarse al 1% en el seguimiento. No es una variación significativa;

- Los problemas con la imagen corporal, decrecen desde el 11,7% al inicio de la radioterapia, hasta un 6,8% al final de la misma, y a un 4,9% al mes de seguimiento. La variación es significativa (Q de Cochran,  $p < 0,05$ ), pero el tamaño del efecto es bajo;
- Los problemas de disfunción física, decrecen desde el 12,6% inicial hasta un 4,9% al finalizar el tratamiento, pero se incrementan al 6,8% en el seguimiento aunque es un porcentaje muy inferior al inicial. La variación es significativa (Q de Cochran,  $p < 0,05$ ), igualmente tiene un bajo tamaño de efecto;
- La disfunción cognitiva, principalmente problemas de concentración, atención y memoria, se manifiesta al inicio de la radioterapia en más de la cuarta parte de los pacientes, 26,2%, y se mantiene en porcentajes semejantes al final del tratamiento, 24,3%, y en el seguimiento, 25,2%. Esta variación no es significativa;
- El porcentaje de pacientes que refieren problemas familiares al inicio de la radioterapia es del 6,8%, que aumenta a un 10,7% al final del tratamiento, y disminuye ligeramente hasta el 9,7% en el seguimiento. Variación no significativa;
- Un escaso porcentaje del 3,9% de los pacientes manifiestan algún tipo de problema en las relaciones sexuales al inicio de la radioterapia, y disminuye a un 2,9% al final de la misma, y a un 1,9% en el seguimiento. Esta variación tampoco es significativa.

De todas las variables psicosociales examinadas, sólo se constata un descenso significativo en los problemas relacionados con la imagen corporal, y con la disfunción física, por lo que *se confirma, en estos dos casos, la hipótesis 3)*, pero no se puede confirmar para los demás problemas considerados.

**Tabla 13.- Variables psicosociales. Problemas relacionados con...**

Variable Factores psicosociales. Problemas relacionados con:	Inicio RT N / %	Final RT N / %	Seguimiento N / %	Q Cochran Sig. TE
Pérdida de seres queridos	52 / 50,5%			
Pérdida de seres queridos por cáncer	18 / 17,5%			
Apoyo social	3 / 2,9%	0 / 0%	1 / 1%	4,667 p=0,097 0,15
Imagen corporal	12 / 11,7%	7 / 6,8%	5 / 4,9%	6,500 p=0,039 0,17
Disfunción física	13 / 12,6%	5 / 4,9%	7 / 6,8%	6,118 p=0,047 0,17
Disfunción cognitiva	27 / 26,2%	25 / 24,3%	26 / 25,2%	0,20 p=0,90 0,03
Problemas familiares	7 / 6,8%	11 / 10,7%	10 / 9,7%	1,733 p=0,42 0,09
Relaciones sexuales	4 / 3,9%	3 / 2,9%	2 / 1,9%	3,000 p=0,223 0,12

**Síntomas físicos.**

Todos los pacientes de la muestra tienen un buen estado físico general, medido al inicio la radioterapia, con índice Karnofsky superior a 80, lo cual era un criterio de inclusión en el estudio.

Respecto a los resultados en la escala ESAS, en la tabla 14 puede observarse la descripción y evolución de los síntomas físicos, en cuanto a su intensidad. Se observa que:

- La astenia aumenta desde el inicio de la radioterapia hasta el final de la misma, y aunque baja ligeramente al mes del seguimiento, sigue siendo más alta que la inicial. La variación es significativa según la prueba Friedman ( $p < 0,005$ ). Una comparación posterior encuentra significativa la variación entre el inicio y el final del tratamiento (Wilcoxon, con corrección de Bonferroni,  $p < 0,005$ );

- El dolor también aumenta desde el inicio hasta el final de la radioterapia, y sigue más alta que al inicio al mes de seguimiento. Es una variación muy significativa (Friedman,  $p < 0,001$ ). Una comparación posterior encuentra significativas las variaciones entre el inicio y el final de la radioterapia, y entre el inicio y el seguimiento (Wilcoxon, con corrección de Bonferroni,  $p < 0,001$  y  $p < 0,01$  respectivamente), con tamaños de efecto moderados;
- Otro tanto ocurre con la diarrea, que aumenta desde el inicio al final de la radioterapia, descendiendo al mes de seguimiento pero manteniéndose más alta que la inicial. Variación significativa (Friedman,  $p < 0,05$ ), pero no se constata variación entre los pares de mediciones, con la prueba Wilcoxon;
- Con la irritación de la piel se observa lo mismo: un aumento desde el inicio hasta el final de la radioterapia, y un descenso al mes de seguimiento quedando en un promedio superior al inicial. Variación significativa (Friedman,  $p < 0,001$ ). La comprobación posterior encuentra significativas las variaciones entre el inicio y el final del tratamiento, y entre el final y el seguimiento (Wilcoxon, con corrección de Bonferroni,  $p < 0,001$  y  $p < 0,005$ , respectivamente), con tamaño de efecto medios;
- Los restantes síntomas examinados, aun no teniendo una variación significativa, siguen descriptivamente el mismo patrón, aumento desde el inicio hasta el final de la radioterapia, y descenso en el seguimiento, pero a valores aun más altos que los iniciales. Así ocurre con las náuseas, la pérdida de apetito, la disnea, el insomnio y el estreñimiento;
- Tomando en consideración la suma de los síntomas, se observa ese mismo patrón, aumento del número de síntomas hasta el final de la radioterapia, y descenso al mes de seguimiento. Dicha variación es muy significativa (Friedman,  $p < 0,005$ ), y las pruebas posteriores muestran significación entre el inicio y el final del tratamiento, y entre el final y

el seguimiento (Wilcoxon, con corrección de Bonferroni,  $p < 0,001$  y  $p < 0,01$  respectivamente), con tamaño de efecto medios.

Los datos anteriores permiten *confirmar en este caso la hipótesis 4)*, respecto al aumento inicial de la intensidad de los síntomas físicos de astenia, dolor, diarrea e irritación cutánea. No se puede confirmar para los demás síntomas. También se confirma el descenso en la intensidad entre el final de la radioterapia y el seguimiento, pero sólo en cuanto a la irritación cutánea, no para los demás síntomas.

**Tabla 14.- Variable Síntomas físicos asociados. Intensidad media (Rango 0-10).**

Variable Síntomas físicos asociados. Intensidad media.	Inicio RT Media Dt.	Final RT Media Dt.	Seguimiento Media Dt.	Sig. Friedman	Sig. Z de Wilcoxon 1-2ev 1-3ev 2-3ev	T. Efecto 1-2ev 1-3ev
Astenia	1,35 2,252	2,31 3,131	2,00 2,904	$p=0,001$	$p=0,003$ $p=0,111$ $p=0,38$	0,35 0,25
Dolor	0,82 1,824	1,83 2,713	1,73 2,590	$p=0,000$	$p=0,000$ $p=0,009$ $p=0,90$	0,44 0,40
Nauseas	0,36 1,065	0,70 1,638	0,55 1,719	$P=0,18$	$p=0,10$ $p=0,78$ $p=0,99$	0,25 0,13
Diarrea	0,22 0,828	0,55 1,601	0,28 1,033	$p=0,018$	$p=0,08$ $p=0,99$ $p=0,13$	0,26 0,06
Irritación de la piel	0,34 1,383	1,69 2,853	0,75 1,856	$p=0,000$	$p=0,000$ $p=0,111$ $p=0,003$	0,60 0,25
Apetito	0,76 1,922	1,13 2,375	1,43 2,743	$p=0,077$	$p=0,45$ $p=0,036$ $p=0,60$	0,17 0,28
Disnea	0,56 1,551	0,97 2,189	0,65 1,595	$p=0,23$	$p=0,24$ $p=0,99$ $p=0,33$	0,22 0,06
Insomnio	0,74 1,495	1,15 2,238	1,09 2,170	$p=0,93$	$p=0,45$ $p=0,60$ $p=0,99$	0,21 0,19
Estreñimiento	0,67 2,026	1,12 2,518	0,98 2,339	$p=0,26$	$p=0,24$ $p=0,54$ $p=0,99$	0,21 0,19
Suma de síntomas físicos	1,99 1,85	3,14 2,20	2,50 2,29	$p=0,001$	$p=0,000$ $p=0,30$ $p=0,009$	0,56 0,24

En resumen, la intensidad de los síntomas físicos examinados no es alta. En ninguno de los síntomas se encuentran valores superiores a 2 en el inicio de la radioterapia, y en ningún momento supera el valor 4, sobre un rango de 0 a 10 que tiene la escala. Pero destaca el aumento en muchos de estos síntomas al final de la radioterapia, y un descenso en el seguimiento sólo significativo para la irritación de la piel. El tamaño del efecto de esos cambios es bajo para la mayoría de los síntomas, pero con valores moderados-medios para la irritación de la piel, el dolor y la suma de síntomas.

En cuanto a la prevalencia de estos síntomas, y su evolución durante los tres momentos considerados, la tabla 15 muestra el alto porcentaje de pacientes con algún síntoma físico durante el proceso del estudio: un 77%, porcentaje que aumenta hasta el 90% al final de la misma, y aunque desciende en el seguimiento, sigue igual tan alto como al inicio, otro 77%. Esta variación resulta significativa (Q de Cochran,  $p < 0,05$ ) sin bien el tamaño del efecto es bajo. Posteriores pruebas de McNemar con corrección de Bonferroni confirman la significación de tal aumento durante la radioterapia ( $p = 0,015$ , Phi 0,14) y del descenso al mes de finalizada ( $p = 0,007$ , Phi 0,29).

Es decir, hay un patrón general: aumento significativo desde el inicio al final de la radioterapia del número de pacientes sintomáticos, y un descenso al mes de seguimiento, pero a un nivel semejante al inicial.

Considerando la evolución de los síntomas individualmente, se observa que la mayoría sigue ese mismo patrón:

- La astenia se presenta en el 41,7% de pacientes al inicio de la radioterapia, aumenta al 58,3% al final la misma, y desciende a un 50,5% en el seguimiento, siguiendo más alto que

al inicio. Variación significativa (Q de Cochran,  $p < 0,05$ ), aunque las posteriores pruebas de McNemar con corrección de Bonferroni, no corroboran dicha significación entre pares de mediciones, al no alcanzar ninguna de las comparaciones el valor  $p < 0,016$ , que impone en este caso la corrección de Bonferroni;

- El dolor presenta una prevalencia inicial del 28,2%, aumenta hasta un 54,4% al final de la radioterapia, y aunque desciende al 46,6% en el seguimiento, sigue mucho más alta que al inicio. Variación muy significativa (Q de Cochran,  $p < 0,005$ ), y en particular, según confirman las posteriores pruebas de McNemar con corrección de Bonferroni, entre el inicio y el final de la radioterapia ( $p = 0,003$ , Phi 0,36), y entre el inicio y el seguimiento ( $p = 0,006$ , Phi 0,27);

- Las náuseas se incrementan desde el 16,5% inicial, hasta el 24,3% al final de la radioterapia, descendiendo al 15,5% en el seguimiento, un nivel algo inferior al inicial. Variaciones no significativas;

- La diarrea aumenta de una prevalencia inicial del 11,7% hasta el 21,4% al final de la radioterapia, y desciende al 10,7% en el seguimiento. Variación significativa (Q de Cochran,  $p < 0,05$ ), aunque las pruebas posteriores de McNemar con corrección de Bonferroni, no encuentran significación entre pares de mediciones;

- La irritación de la piel es uno de los síntomas que más incrementa su prevalencia durante la radioterapia, el 10,7% inicial alcanza hasta el 47,6% al final del tratamiento, y aunque disminuye al 21,4% al mes de seguimiento, todavía es el doble de la inicial. Variación muy significativa (Q de Cochran,  $p < 0,001$ ), y en particular, según posteriores pruebas de McNemar con corrección de Bonferroni, entre el inicio y el final de la radioterapia ( $p = 0,000$ , Phi 0,52) y entre el final y el seguimiento ( $p = 0,000$ , Phi 0,41);

- La disminución o pérdida del apetito sigue un incremento paulatino, desde el 22,3% de los casos al inicio de la radioterapia, hasta el 28,2% al final de la misma, y aun un poco más, hasta el 29,1%, en el seguimiento. Variaciones no significativas;
- La disnea aumenta desde el 17,5% inicial, hasta el 23,3% al final del tratamiento, y disminuye ligeramente hasta un 20,4% al mes de seguimiento, aun más alta que al inicio. Variación no significativa;
- El insomnio tiene una alta prevalencia desde el inicio, momento en que lo sufre el 33% de los pacientes, y permanece prácticamente constante al final de la radioterapia y en el seguimiento;
- El estreñimiento aumenta desde un 17,5% al inicio de la radioterapia, hasta un 23,3% al final de la misma, y aunque desciende ligeramente al 21,4% en el seguimiento, sigue siendo aun superior al inicial. Variación no significativa.

Sólo dos síntomas difieren del patrón general: el insomnio, uno de los más prevalentes, que se mantiene constante durante las tres mediciones, y la pérdida de apetito, que aumenta paulatinamente desde el inicio hasta el mes de seguimiento.

Con los datos anteriores *se confirma la hipótesis 4)* respecto a la prevalencia de los síntomas de astenia, dolor, diarrea, e irritación cutánea, aunque no para el resto de los síntomas.

Con las pruebas de comparación entre pares de mediciones, *se confirma también la hipótesis 4)*, respecto al empeoramiento inicial para el dolor y la irritación cutánea, y respecto a la mejoría al mes de seguimiento para la irritación de la piel.

**Tabla 15.- Variable Síntomas físicos asociados. Frecuencias y porcentaje de afectados para el conjunto de pacientes comunes a las tres mediciones.**

Variable Síntomas físicos asociados. Presencia e intensidad media.	Inicio RT N / %	Final RT N / %	Seguimiento N / %	Q Cochran Sig. TE
Astenia	43 / 41,7%	60 / 58,3%	52 / 50,5%	7,750 p=0,021 0,19
Dolor	29 / 28,2%	56 / 54,4%	48 / 46,6%	19,233 p=0,000 0,30
Nauseas	17 / 16,5%	25 / 24,3%	16 / 15,5%	5,034 p=0,081 0,15
Diarrea	12 / 11,7%	22 / 21,4%	11 / 10,7%	6,343 p=0,042 0,17
Irritación de la piel	11 / 10,7%	49 / 47,6%	22 / 21,4%	40,964 p=0,000 0,44
Apetito	23 / 22,3%	29 / 28,2%	30 / 29,1%	1,955 p=0,376 0,09
Disnea	18 / 17,5%	24 / 23,3%	21 / 20,4%	1,543 p=0,46 0,08
Insomnio	34 / 33%	34 / 33%	35 / 34%	0,036 p=0,982 0,01
Estreñimiento	18 / 17,5%	24 / 23,3%	22 / 21,4%	1,647 p=0,439 0,08
<i>Algún síntoma físico</i>	80 / 77,7%	93 / 90,3%	80 / 77,7%	8,667 p=0,013 0,20

En resumen, es muy relevante la presencia de síntomas físicos, que afectan a un alto porcentaje de pacientes ya al inicio de la radioterapia; esa prevalencia aumenta durante el tratamiento, y aun sigue siendo muy elevada al mes de seguimiento, a pesar de la disminución que se observa en esta última medición.



## **VARIABLES MODULADORAS:**

### *VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.*

Los 103 pacientes muestran las siguientes características sociodemográficas: 46 (44,7%) hombres y 57 (55,30%) mujeres. La media de edad es 58,21 años, y la mediana 59. La distribución de las edades es de 11 (10,7%) en el grupo de 18-40 años; 42 (40,8%) en el de 41-60, y 50 (48,5%) en el de 60 años o más. El estado civil predominante es el de casado, 69 (67%); le siguen los viudos, 13 (12,6%), los separados, 11(10,7%), y los solteros, 10 (9,7%). Los estudios agrupados muestran que los pacientes con nivel de estudios primarios y secundarios son 71 (68,9%); con niveles superiores 27 (26,2%), y no consta 5 (4,0%).

### *VARIABLES DE CONSULTA Y MÉDICAS.*

Los antecedentes personales de cáncer se encuentran en un 14,6% de los casos, y los antecedentes familiares en un 52,4%.

Los tipos de tumores más frecuentes son los de mama, 30 (29,1%); seguidos de los de cabeza y cuello, 20 (19,4%); después los del aparato genital (ambos sexos), 14 (13,6%); los del aparato digestivo 13 (12,6%); los del aparato respiratorio, 13 (12,6%), y un grupo final agrupando el resto de los tumores, de 13 (12,6%).

Los indicadores de gravedad de la enfermedad se exponen en la tabla 16, donde se observa que el 25,2% de los pacientes vienen con estadios avanzados (III o IV), y un 32% estadios iniciales (I o II). En cuanto a la localización o extensión del tumor, se presenta infiltrante en un 50,5% de los casos, localizado en un 16,5%, y metastático en un 4,9%. El propósito del tratamiento radioterapéutico es mayoritariamente adyuvante, en un 77,7% de los pacientes, y paliativo en un 5,8%.

**Tabla 16.- Variables médicas. Estimadores de gravedad de la enfermedad.**

Variables médicas. Estimadores de gravedad de la enfermedad.	N / %
Estadio:	
I	16 / 15,5%
II	17 / 16,5%
III	20 / 19,4%
IV	6 / 5,8%
No constan	44 / 42,7%
Estadio agrupado:	
Iniciales (I-II)	33 / 32%
Avanzados (III-IV)	26 / 25,2%
No constan	44 / 42,7%
Localización / Extensión del tumor:	
Localizado	17 / 16,5%
Infiltrante	52 / 50,5%
Metastático	5 / 4,9%
No consta	29 / 28,2%
Propósito de la radioterapia:	
Adyuvante	80 / 77,7%
Paliativo	6 / 5,8%
No consta	17 / 16,5%

Por otra parte, los tratamientos médicos recibidos por estos pacientes con anterioridad al inicio de la radioterapia actual son: Cirugía, en un 61% de los casos; Quimioterapia en un 16,5%; y en menor medida Radioterapia, un 5%, Hormonoterapia, un 1,9%, y Otros tratamientos, un 1,9%. Esto puede ser relevante, en el sentido de que al momento de iniciar la radioterapia, los pacientes pueden estar sufriendo los efectos de otros tratamientos médicos.

#### ***Variables psicológicas.***

Respecto a las variables psicológicas que pueden tener función moduladora, se ha encontrado la presencia de antecedentes psicopatológicos en 48 pacientes, un 46,6%.

Además, 37 pacientes, un 35,9% ha recibido por esos problemas algún tratamiento especializado: un 10,7% psicológico, un 8,7% psiquiátrico, un 3,9% combinado, y un 12,6% sólo psicofármacos.

Es decir, cerca de la mitad de la muestra ha tenido algún problema psicológico con anterioridad al inicio de la radioterapia. Los tratamientos que recibieron por dichos problemas fueron fundamentalmente psicofarmacológicos, psicológicos, y en menor medida psiquiátricos.

### **Trayectorias clínicas de los trastornos psicopatológicos. Características de los pacientes que empeoran al final del proceso de la radioterapia.**

Las limitaciones de las pruebas estadísticas, y el escaso número de pacientes en alguna de las trayectorias clínicas descritas anteriormente, impiden realizar una comparación de todas las trayectorias entre sí.

A continuación se analizan las trayectorias clínicas de aquellos pacientes que no presentando ningún trastorno psicopatológico al inicio de la radioterapia, empeoran clínicamente a lo largo del estudio, comparándolos con los que siguen sin trastorno al mes de acabada la radioterapia. La tabla 17 muestra que ambos grupos suponen un total de 75 pacientes, aproximadamente el 73% de la muestra, distribuidos en:

- Los que están ‘bien’ al inicio de la radioterapia y al mes de seguimiento, 64 pacientes, un 62,1%;
- Los que están ‘bien’ al inicio de la radioterapia pero ‘mal’ al mes de seguimiento, 14 pacientes, un 10,7%.

**Tabla 17.- Dos trayectorias de los trastornos psicopatológicos agrupados en cuanto a la evolución desde la primera medición (inicio RT) hasta la tercera (seguimiento al mes).**

<b>Trayectorias de los trastornos psicopatológicos.</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Bien inicio y mal al seguimiento (Empeoran)	11	10,7%
Bien al inicio y al seguimiento (Bien)	64	62,1%
<i>Total del subgrupo</i>	<i>75</i>	<i>72,8%</i>
<i>Total de la muestra</i>	<i>103</i>	<i>100%</i>

Las comparaciones entre ambos grupos se realizan respecto a las características o variables señaladas en la hipótesis 5, considerando su influencia en los distintos momentos del estudio.

a) *Variables sociodemográficas (edad, sexo y antecedentes familiares de cáncer).*

Según la edad promedio, la tabla 18 muestra que no hay una diferencia entre ambos grupos (T de Student,  $p=0,97$ ).

Según el sexo, la misma tabla muestra que no hay una diferencia significativa entre ambos grupos, aunque descriptivamente, el porcentaje de las mujeres que empeoran es superior que el de los hombres, con una trayectoria evolutiva diferente. Así mismo, muestra que tampoco existe una asociación significativa entre la evolución psicopatológica y el tener antecedentes de cáncer en la familia, que curiosamente tienen la misma distribución que el sexo.

Es decir, ni la edad, ni el sexo, ni el tener antecedentes de cáncer en la familia parecen caracterizar a ambos grupos o trayectorias clínicas. Por lo cual *no se confirma la hipótesis 5a*).

**Tabla 18.- Trayectorias de los trastornos psicopatológicos agrupados según Edad, Género y Antecedentes familiares de cáncer. Distintas medidas de significación.**

Trayectoria - Edad	Empeoran N / Media / Dt.	Bien N / Media / Dt	Total subgrupo N / Media / Dt
Edad	11 / 59,9 / 2,82	64 / 60,06 / 1,61	75 / 60,04 / 12,38
Sig. T Student	$p=0,09$		
Trayectoria - Género	Empeoran N / %	Bien N / %	Total subgrupo N / %
Mujer	8 / 21,6%	29 / 78,4%	37 / 100%
Hombre	3 / 7,9%	35 / 92,1%	38 / 100%
Sig. Chi 2	$p=0,09$		
Trayectoria - Antecedentes familiares	Empeoran N / %	Bien N / %	Total subgrupo N / %
Sí	8 / 21,6%	29 / 78,4%	37 / 100%
No	3 / 7,9%	35 / 92,1%	38 / 100%
Sig. Chi 2	$p=0,09$		

*b) Antecedentes psicopatológicos y tratamientos específicos previos*

La tabla 19 muestra que no hay asociación entre las trayectorias consideradas y el hecho de tener antecedentes psicopatológicos previos al inicio de la radioterapia. Por lo cual *no se confirma la hipótesis 5b*).

**Tabla 19.- Trayectorias de los trastornos psicopatológicos**

Trayectorias – Variables psicológicas		Empeoran N / %	Bien N / %	Sig. Chi 2
Antecedentes personales	Sí	7 / 23,3%	23 / 76,7%	Fisher, p=0,10
	No	4 / 8,9%	41 / 91,1%	

*c) Presencia de síntomas físicos.*

Según muestra la tabla 20 no se encuentra relación significativa entre las trayectorias psicopatológicas y la intensidad de cada uno de los síntomas físicos evaluados en cada momento del estudio (U de Mann-Whitney) ni tampoco asociación significativa con la presencia/ausencia de dichos síntomas (Chi 2). Es decir, los síntomas físicos, ya se considere su intensidad o su prevalencia, no parecen influir en el hecho de empeorar psicopatológicamente al final del proceso de la radioterapia. Así pues, *no se confirma la hipótesis 5c*).

**Tabla 20.- Trayectorias psicopatológicas y su asociación con los Síntomas físicos, en las tres mediciones. Distintas medidas de significación.**

Trayectorias / Intensidad promedio de los síntomas	Inicio RT Sig. U de M-W	Final RT Sig. U de M-W	Seguimiento Sig. U de M-W
Astenia	p=0,82	p=0,72	p=0,17
Dolor	p=0,15	p=0,38	p=0,21
Nauseas	p=0,71	p=0,44	p=0,29
Diarrea	p=0,29	p=0,29	p=0,98
Irritación de la piel	p=0,81	p=0,79	p=0,76
Apetito	p=0,54	p=0,54	p=0,21
Disnea	p=0,33	p=0,91	p=0,32
Insomnio	p=0,89	p=0,12	p=0,13
Estreñimiento	p=0,94	p=0,61	p=0,88

Trayectorias / Prevalencia de los síntomas físicos.	Inicio RT Sig. Chi 2	Final RT Sig. Chi 2	Seguimiento Sig. Chi 2
Astenia	Fisher, p=0,51	Fisher, p=0,32	Fisher, p=0,19
Dolor	Fisher, p=0,27	p=0,30	p=0,40
Nauseas	Fisher, p=1	Fisher, p=0,44	Fisher, p=0,12
Diarrea	Fisher, p=0,58	Fisher, p= 1	Fisher, p=1
Irritación de la piel	Fisher, p=1	Fisher, p=1	Fisher, p=1
Apetito	Fisher, p=0,68	Fisher, p=1	Fisher, p=0,45
Disnea	Fisher, p=0,27	Fisher, p=1	Fisher, p=0,39
Insomnio	Fisher, p=1	Fisher, p=0,15	Fisher, p=0,16
Estreñimiento	Fisher, p=1	Fisher, p=1	Fisher, p=1
Algún síntoma	Fisher, p=0,71	Fisher, p=1	Fisher, p=0,71
Estreñimiento	Fisher, p=1	Fisher, p=1	Fisher, p=1
Algún síntoma	Fisher, p=0,71	Fisher, p=1	Fisher, p=0,71

*d) Tipo de tumor, y gravedad de la enfermedad.*

Como puede observarse en la tabla 21, no se encuentra ninguna significación en la asociación entre el tipo de tumor y las trayectorias clínicas de estos pacientes.

De igual manera, dicha tabla muestra que no hay asociación de las trayectorias con la gravedad de la enfermedad (el estadio, la extensión tumoral y la indicación paliativa del tratamiento de radioterapia).

Según los datos anteriores, *no se puede confirmar la hipótesis 5d).*

**Tabla 21.- Trayectorias de los trastornos psicopatológicos agrupados según el tipo de tumor por localización y los índices de gravedad de la enfermedad. Significación Chi 2.**

<b>Trayectoria – Tipo de tumor más frecuente por localización</b>	<b>Empeoran N / %</b>	<b>Bien N / %</b>	<b>Sig. Chi 2</b>
Cabeza / cuello	4 / 28,6%	10 / 71,4%	p=0,53
Digestivo	0 / 0%	10 / 100%	
Respiratorio	1 / 11,1%	8 / 88,9%	
Mama	3 / 15%	17 / 85%	
Genitales	2 / 15,4%	11 / 84,6%	
Restantes	1 / 11,1%	8 / 88,9%	
<b>Trayectoria- Estadios agrupados.</b>			
Estadio III-IV (Avanzados)	2 / 10%	18 / 90%	Fisher, p=1
Estadio I-II (Iniciales)	3 / 14,3%	18 / 85,7%	
<b>Trayectoria - Extensión tumoral.</b>			
Localizado	2 / 16,7%	10 / 83,3%	p=0,74
Infiltrante	5 / 13,2%	33 / 86,8%	
Metástasis	0 / 0%	3 / 100%	
<b>Trayectoria- Propósito de la RT.</b>			
Adyuvante	10 / 16,9%	49 / 83,1%	Fisher, p=1
Paliativo	0 / 0%	3 / 100%	

*e) Presencia de malestar emocional concomitante.*

Analizando primero la relación de la intensidad del malestar emocional, medido con el HADS, con las trayectorias psicopatológicas, la tabla 22 muestra la estrecha y significativa relación entre ambas variables, con la excepción del malestar emocional al final de la radioterapia.

Sin embargo, analizando luego la prevalencia de dicho malestar emocional, se observa que no hay una asociación significativa, seguramente debido a que se ha usado un punto de corte clínico ( $HAD-T > 20$ ), lo que ha reducido mucho el número de sujetos.

Los datos permiten *confirmar la hipótesis 5e) para la intensidad del malestar emocional, pero no para la prevalencia del malestar clínico ( $HAD-T > 20$ ).*

**Tabla 22.- Trayectorias de los trastornos psicopatológicos según intensidad y prevalencia del Malestar emocional durante la radioterapia. HADS. Distintas pruebas de significación.**

<b>Trayectorias – Intensidad del Malestar emocional.</b>	<b>Empeoran Media / Dt</b>	<b>Bien Media / Dt</b>	<b>Sig. U de Mann-Whitney</b>
HAD-T Inicio RT	14,86 / 1,76	12,57 / 1,68	p=0,002
HAD-T Final RT	10,43 / 2,09	10,48 / 1,45	p=0,15
HAD-T Seguimiento	11,07 / 1,42	9,87 / 1,37	p=0,019
<b>Trayectorias – Prevalencia del Malestar emocional.</b>	<b>Empeoran N / %</b>	<b>Bien N / %</b>	<b>Sig. Chi 2</b>
HAD-T >20 Inicio RT – Sí	2 / 50%	2 / 50%	<i>Fisher, p=0,10</i>
- No	9 / 12,7%	62 / 87,3%	
HAD-T >20 Final RT – Sí	1 / 25%	3 / 75%	<i>Fisher, p=0,47</i>
- No	10 / 14,1%	61 / 85,9%	
HAD-T >20 Seguimiento RT – Sí	0 / 0%	3 / 100%	<i>Fisher, p=0,61</i>
- No	11 / 15,3%	61 / 84,7%	

En resumen, de todas las características o variables estudiadas, según la hipótesis 5), el malestar emocional es el único factor que relacionado con las trayectorias psicopatológicas estudiadas. La intensidad del malestar emocional es significativamente mayor entre los pacientes que empeoran psicopatológicamente durante el estudio, y sería la única característica psicológica diferencial entre los dos grupos de pacientes considerados.

Las otras características examinadas no han demostrado ninguna relación con dicha diferencia: ni las sociodemográficas, ni las de la clínica médica, ni la gravedad de la enfermedad, ni los síntomas físicos, ni tampoco la variable psicológica de tener antecedentes psicopatológicos.

#### **Factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia.**

Se analizan y contrastan aquí los factores que pueden predecir o influir en la presencia de trastornos psicopatológicos en el seguimiento, al mes de terminar la radioterapia, que afectan, como se ha visto a 22 pacientes, un 21,4% de la muestra, comparándolos con los 81 pacientes restantes que no manifiestan ningún trastorno en ese momento.



**Factores sociodemográficos:**

**a) Sexo-mujer.**

Como puede verse en la tabla 23, el factor sexo está asociado significativamente con los trastornos psicopatológicos agrupados (Chi 2,  $p < 0,01$ ); el 31,6% de las mujeres tiene algún trastorno, frente al 8,7% de los hombres. El valor de la diferencia es bajo ( $\Phi = 0,27$ ), pero el ser mujer es un factor de riesgo, con una *Odds ratio* de 4,84, significativa. Por ello *se confirma la hipótesis 6a*).

**Tabla 23.- Variables psicológicas que resultan significativas como factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia. Asociación (Chi 2), Tamaño del efecto ( $\Phi$ ), y Factor de riesgo (*Odds ratio*) si es significativo.**

Trastornos agrupados / Sexo	Con trastorno Casos / Esperados / %	Sin trastorno Casos / Esperados %	Sig. Chi 2 $\Phi$ <i>Odds ratio</i> (I.C.)
Mujeres (N=57)	18 / 12,2 / 31,6%	39 / 44,8 / 68,4%	$p = 0,005$
Hombres (N=46)	4 / 9,8 / 8,7%	42 / 36,2 / 91,3%	0,27 4,84 (1,50-15,58)

**b) Edad - joven.**

La media de los 22 pacientes con algún trastorno es de 55,14 años (Dt 11,71), y la media de los 81 pacientes sin trastorno es de 59,05 (Dt 13,31). Esta diferencia no resulta significativa (t de Student,  $p = 0,21$ , y U de Mann-Whitney,  $p = 0,17$ ). Estos datos, *no permiten confirmar la hipótesis 6b*).

**c) Antecedentes familiares de cáncer.**

Según se observa en la tabla 24, tener antecedentes familiares de cáncer aparece significativamente asociado a la presencia de trastornos psicopatológicos en el seguimiento (Chi 2,  $p < 0,01$ ), con porcentajes de trastorno del 31,5% entre los que tienen antecedentes, y del 10,2%

entre los que nos los tienen. El valor del efecto es pequeño ( $\Phi=0,26$ ) pero la Odds ratio es significativa, de 4,04 para los que tienen antecedentes. Por lo que, *se confirma la hipótesis 8c*).

**Tabla 24.- Variables psicológicas que resultan significativas como factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia. Asociación (Chi 2), Tamaño del efecto ( $\Phi$ ), y Factor de riesgo (Odds ratio) si es significativo.**

Trastornos agrupados / Antecedentes familiares de cáncer	Con trastorno Casos / Esperados / %	Sin trastorno Casos / Esperados / %	Sig. Chi 2 $\Phi$ Odds ratio (I.C.)
Con antecedentes	17 / 11,5 / 31,5%	37 / 42,5 / 68,5%	p=0,009 0,26 4,04 (1,36-12,01)
Sin antecedentes	5 / 10,5 / 10,2%	44 / 38,5 / 89,8%	

**Variables clínicas:**

d) *Tipo de tumor (en especial respiratorio o de mama).*

Ni la variable tipo tumor más frecuente, ni los tumores de respiratorio o de mama en particular aparecen asociados a los trastornos psicopatológicos en el seguimiento (tabla 25). Por lo que *no se confirma la hipótesis 6d*).

**Tabla 25.- Variables psicológicas que resultan significativas como factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia. Asociación (Chi 2), Tamaño del efecto ( $\Phi$ ), y Factor de riesgo (Odds ratio) si es significativo.**

Trastornos agrupados / tipo tumor	Con trastorno Casos / Esperados / %	Sin trastorno Casos / Esperados / %	Sig. Chi 2 $\Phi$ Odds ratio (I.C.)
Tumores más frecuentes:			p=0,81 0,14
Cabeza / Cuello - C00-C14	4 / 4,3 / 20%	16 / 15,7 / 80%	
Digestivo - C15-C26	1 / 2,8 / 7,7%	12 / 10,2 / 92,3%	
Respiratorio - C30-C39	4 / 2,8 / 30,8%	9 / 10,2 / 69,2%	
Mama - C50	7 / 6,4 / 23,3%	23 / 23,6 / 76,7%	
Genitales (ambos sexos) - C51-C63	3 / 3,0 / 21,4%	11 / 11,0 / 78,6%	
Los Restantes	3 / 2,8 / 23,1%	10 / 10,2 / 76,9%	Fisher, p=0,46 0,08
Aparato respiratorio	4 / 2,8 / 30,8%	9 / 10,2 / 69,2%	
Todos los demás	18 / 19,2 / 20%	7 / 70,8 / 80%	p=0,75 0,03
Mama	7 / 6,4 / 23,3%	23 / 23,6 / 76,7%	
Todos los demás	15 / 15,6 / 20,5%	58 / 57,4 / 79,5%	

e) *Presencia de tratamientos previos*

El tratamiento de quimioterapia previo a la radioterapia está asociada con la presencia de los trastornos psicopatológicos al mes de seguimiento (tabla 26) (Chi 2, Fisher,  $p < 0,05$ ), con mayor presencia de trastornos de lo esperado en los pacientes que habían recibido quimioterapia con anterioridad; el valor del efecto es bajo ( $\Phi = 0,21$ ), y el factor de riesgo *Odds ratio* para dichos pacientes es de 3,31.

Estos datos indican que *se confirma la hipótesis 6e*).

**Tabla 26.- Variables psicológicas que resultan significativas como factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia. Asociación (Chi 2), Tamaño del efecto ( $\Phi$ ), y Factor de riesgo (*Odds ratio*) si es significativo.**

Trastornos agrupados / tratamientos médicos		Con trastorno Casos / Esperados / %	Sin trastorno Casos / Esperados / %	Sig. Chi 2 $\Phi$ <i>Odds ratio</i> (I.C.)
Quimioterapia previa	Sí	7 / 3,6 / 41,2%	10 / 13,4 / 58,8%	Fisher, $p = 0,048$ 0,21 3,31 (1,08 – 10,1)
	No	15 / 18,4 / 17,4%	71 / 67,6 / 62,6%	

f) *Síntomas físicos..*

En la tabla 27 puede observarse la asociación entre los síntomas físicos, presentes al inicio y al final de la radioterapia, y la presencia de algún trastorno psicopatológico en el seguimiento.

Se comprueba que esta asociación es significativa para:

- La astenia al final de la radioterapia (Chi 2,  $p < 0,05$ ), y es un factor de riesgo significativo (*Odds ratio* 4,17);
- Las náuseas al final de la radioterapia (Chi 2,  $p < 0,05$ ), y es factor de riesgo (*Odds ratio* 2,81);
- El insomnio al final de la radioterapia (Chi 2,  $p < 0,05$ ), sin embargo no se ha podido probar que sea un factor de riesgo (*Odds ratio* = 0,25).

**Tabla 27.- Variables psicológicas que resultan significativas como factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia. Asociación (Chi 2), Tamaño del efecto (Phi), y Factor de riesgo (Odds ratio) si es significativo.**

Trastornos agrupados / Síntomas físicos		Con trastorno Casos / Esperados / %	Sin trastorno Casos / Esperados / %	Sig. Chi 2 Phi Odds ratio (I.C.)
Astenia Inicio	Sí	12 / 9,2 / 27,9%	31 / 33,8 / 72,1%	p=0,17 0,13
	No	10 / 12,8 / 16,7%	50 / 47,2 / 83,3%	
Astenia Final	Sí	18 / 12,8 / 30%	42 / 47,2 / 70%	p=0,011 0,25 4,17 (1,30-13,43)
	No	47 / 9,2 / 9,3%	39 / 33,8 / 90,7%	
Dolor Inicio	Sí	7 / 6,2 / 31,8%	22 / 22,8 / 75,9%	p=0,66 0,04
	No	15 / 15,8 / 20,3%	59 / 58,2 / 79,7%	
Dolor Final	Sí	12 / 12,0 / 21,4%	44 / 44,0 / 78,6%	p=0,98 0,002
	No	10 / 10,0 / 21,3%	37 / 37,0 / 77,7%	
Nauseas Inicio	Sí	6 / 3,6 / 35,3%	11 / 13,4 / 64,7%	Fisher, p=0,12 0,15
	No	16 / 18,4 / 18,6%	70 / 67,6 / 81,4%	
Nauseas Final	Sí	9 / 5,3 / 36%	16 / 19,7 / 64%	p=0,040 0,20 2,81 (1,02-7,72)
	No	13 / 16,7 / 16,7%	65 / 61,3 / 83,3%	
Diarrea Inicio	Sí	3 / 2,6 / 25%	9 / 9,4 / 75%	Fisher, p=0,71 0,03
	No	19 / 19,4 / 20,9%	72 / 71,6 / 79,1%	
Diarrea Final	Sí	5 / 4,7 / 22,7%	17 / 17,3 / 77,3%	Fisher, p=1 0,01
	No	17 / 17,3 / 21%	64 / 63,7 / 79%	
Irritación piel Inicio	Sí	3 / 2,3 / 27,3%	8 / 8,7 / 72,7%	Fisher, p=0,69 0,05
	No	19 / 19,7 / 20,7%	73 / 72,3 / 79,3%	
Irritación piel Final	Sí	11 / 10,5 / 22,4%	38 / 38,5 / 77,6%	p=0,79 0,02
	No	11 / 11,5 / 20,4%	43 / 42,5 / 79,6%	
Pérdida apetito Inicio	Sí	7 / 4,9 / 30,4%	16 / 18,1 / 69,6%	Fisher, p=0,25 0,12
	No	15 / 17,1 / 18,8%	65 / 62,9 / 81,3%	
Pérdida apetito Final	Sí	7 / 6,2 / 24,1%	22 / 22,8 / 75,9%	Fisher, p=0,66 0,04
	No	15 / 15,8 / 20,3%	59 / 58,2 / 79,7%	
Disnea Inicio	Sí	7 / 3,8 / 38,9%	11 / 14,2 / 61,1%	Fisher, p=0,060 0,19
	No	15 / 18,2 / 17,6%	70 / 66,8 / 82,4%	
Disnea Final	Sí	6 / 5,1 / 25%	18 / 18,9 / 75%	Fisher, p=0,61 0,05
	No	16 / 16,9 / 20,3%	63 / 62,1 / 79,7%	
Insomnio Inicio	Sí	7 / 7,3 / 20,6%	27 / 26,7 / 79,4%	Fisher, p=0,89 0,01
	No	15 / 14,7 / 21,7%	54 / 54,3 / 78,3%	
Insomnio Final	Sí	3 / 7,3 / 8,8%	31 / 26,7 / 91,2%	p=0,029 -0,21 0,25 (0,07-0,93)
	No	19 / 14,7 / 27,5%	50 / 54,3 / 72,5%	

Otros síntomas examinados como el dolor, la diarrea, la irritación de la piel, la pérdida de apetito, la disnea o el estreñimiento, presentes al inicio o al final de la radioterapia, no guardan asociación, ni suponen un factor de riesgo.

Con los resultados expuestos, se confirma la hipótesis 6f) para los síntomas de astenia y náuseas presentes al final de la radioterapia. Pero no se puede confirmar para el resto de los síntomas físicos analizados.

*g) Problemas psicosociales.*

En la tabla 28, puede observarse la asociación encontrada entre las variables psicosociales examinadas y los trastornos psicopatológicos al mes del seguimiento, resultando una asociación significativa para la disfunción cognitiva al final de la radioterapia (Chi 2, p=0,002), y es factor de riesgo de tener un trastorno psicopatológico (*Odds ratio* 4,78).

Otros síntomas examinados como el problema con la imagen corporal y la disfunción física no se encuentran asociados, en ninguno de los momentos considerados.

Por lo anterior, se confirma la hipótesis 6g) para la disfunción cognitiva al final de la radioterapia. Pero no para la imagen corporal y la disfunción física.

**Tabla 28.- Variables psicológicas que resultan significativas como factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia. Asociación (Chi 2), Tamaño del efecto (Phi), y Factor de riesgo (*Odds ratio*) si es significativo.**

Trastornos agrupados / problemas psicosociales		Casos / Esperados Con trastorno / %	Casos / Esperados Sin trastorno / %	Sig. Chi 2 Phi <i>Odds ratio</i> (I.C.)
Imagen corporal –Inicio	Sí	3 / 2,6 / 25%	9 / 9,4 / 75%	Fisher, p=0,71 0,03
	No	19 / 19,4 / 20,9%	72 / 71,6 / 79,1%	
Imagen corporal –Final	Sí	2 / 1,5 / 28,6%	5 / 5,5 / 71,4%	Fisher, p=0,64 0,04
	No	20 / 20,5 / 20,8%	76 / 75,5 / 79,2%	
Disfunción física –Inicio	Sí	4 / 2,8 / 30,8%	9 / 10,2 / 69,2%	Fisher, p=0,46 0,08
	No	18 / 19,2 / 20%	72 / 70,8 / 80%	
Disfunción física –Final	Sí	0 / 1,1 / 0%	5 / 3,9 / 100%	Fisher, p=0,58 -0,11
	No	22 / 20,9 / 22,4%	76 / 77,1 / 77,6%	
Disfunción cognitiva –Inicio	Sí	9 / 5,8 / 33,3%	18 / 21,2 / 66,7%	p=0,07 0,17
	No	13 / 16,2 / 17,1%	63 / 59,8 / 82,9%	
Disfunción cognitiva -Final	Sí	11 / 7,5,3 / 44%	14 / 19,7 / 56%	p=0,002 0,31 4,78 (1,73-13,2)
	No	11 / 16,7 / 14,1%	67 / 61,3 / 85,9%	

**Variables psicológicas:**

*h) Preocupaciones vitales.*

Ninguna de las preocupaciones evaluadas en estos pacientes, la enfermedad, su evolución, los tratamientos, la familia, la muerte y el trabajo, aparece asociada a la presencia de los trastornos psicopatológicos agrupados, al mes de finalizada la radioterapia (ver la tabla 29).

Por ello, *no se confirma la hipótesis 6h)*

**Tabla 29.- Variables psicológicas que resultan significativas como factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia. Asociación (Chi 2), Tamaño del efecto (Phi), y Factor de riesgo (Odds ratio) si es significativo.**

Trastornos agrupados / preocupaciones vitales		Casos / Esperados Con trastorno %	Casos / Esperados Sin trastorno %	Sig. Chi 2 Phi Odds ratio (I.C.)
Enfermedad –Inicio	Sí	9 / 6,6 / 29%	22 / 24,4 / 71%	p=0,21 0,12
	No	13 / 15,4 / 18,1%	59 / 56,6 / 81,9%	
Enfermedad – Final	Sí	8 / 4,5 / 38,1%	13 / 16,5 / 61,9%	Fisher, p=0,069 0,20
	No	14 / 17,5 / 17,15	68 / 64,5 / 82,9%	
Evolución –Inicio	Sí	12 / 9,6 / 26,7%	33 / 35,4 / 37,3%	p=0,24 0,11
	No	10 / 12,4 / 17,2%	48 / 45,6 / 82,8%	
Evolución – Final	Sí	8 / 6,4 / 26,7%	22 / 23,6 / 73,3%	p=0,39 0,08
	No	14 / 15,6 / 19,2%	59 / 57,4 / 80,8%	
Tratamiento –Inicio	Sí	10 / 6,8 / 31,3%	22 / 25,2 / 68,8%	p=0,310 0,16
	No	12 / 15,2 / 16,9%	59 / 55,8 / 83,1%	
Tratamiento – Final	Sí	3 / 1,7 / 37,5%	5 / 6,3 / 62,5%	Fisher, p=0,36 0,11
	No	19 / 20,3 / 20%	76 / 74,7 / 80%	
Muerte –Inicio	Sí	5 / 4,5 / 23,8%	16 / 16,5 / 76,2%	Fisher, p=0,77 0,03
	No	17 / 17,5 / 20,7%	65 / 64,5 / 79,3%	
Muerte – Final	Sí	2 / 2,6 / 16,7%	10 / 9,4 / 83,3%	Fisher, p=1 -0,04
	No	20 / 19,4 / 22%	71 / 71,6 / 78%	
Familia –Inicio	Sí	9 / 8,1 / 23,7%	29 / 29,9 / 76,3%	p=0,66 0,04
	No	13 / 13,9 / 20%	52 / 51,1 / 80%	
Familia – Final	Sí	5 / 5,6 / 19,2%	21 / 20,4 / 80,8%	p=0,75 -0,03
	No	17 / 16,4 / 22,1%	60 / 60,6 / 77,9%	
Trabajo –Inicio	Sí	4 / 3,2 / 26,7%	11 / 11,8 / 73,3%	Fisher, p=0,73 0,05
	No	18 / 18,8 / 20,5%	70 / 69,2 / 79,5	
Trabajo – Final	Sí	4 / 2,1 / 40%	6 / 7,9 / 60%	Fisher, p=0,21 0,15
	No	18 / 19,9 / 19,4%	75 / 73,1 / 80,6%	

*i) Antecedentes psicopatológicos.*

En la tabla 30 se observa la importante y significativa asociación entre los antecedentes psicopatológicos y el tener algún trastorno al mes de seguimiento (Chi 2,  $p < 0,005$ ), y es un factor de riesgo para tenerlos (Odds ratio 5,48). Por ello, *se confirma la hipótesis 6i*).

*j) Síntomas clínicos de ansiedad, depresión y malestar emocional.*

En la misma tabla 30, se observa la asociación entre la presencia de síntomas clínicos de ansiedad, depresión y de malestar emocional al inicio o al final de la radioterapia con los trastornos psicopatológicos en el seguimiento. Se señalan las asociaciones significativas y su factor de riesgo correspondiente, en los siguientes casos:

- Síntomas clínicos de ansiedad al inicio de la radioterapia (HAD-A) y punto de corte  $> 10$  (Chi 2, Fisher,  $p < 0,005$ ) (Odds ratio de 6,31);
- Síntomas clínicos de depresión al inicio de la radioterapia (HAD-D) y punto de corte  $> 10$  (Chi 2, Fisher,  $p < 0,001$ . Odds ratio 45,71);
- Dichos síntomas clínicos de ansiedad al final de la radioterapia (HAD-A) (Chi 2, Fisher,  $p < 0,01$ . Odds ratio 7,21). No se comprueba con el HAD-D;
- Síntomas de malestar emocional clínico al inicio de la radioterapia (HAD-T) y punto de corte  $> 20$  (Chi 2, Fisher,  $p < 0,01$ . Odds ratio 5,83);

Es decir, la presencia de síntomas clínicos de ansiedad, depresión y malestar emocional al inicio, y de ansiedad al final de la radioterapia, son un importante factor de riesgo de tener un trastorno psicopatológico al mes de seguimiento. De ahí que, *se confirma la hipótesis 6j*).

**Tabla 30.- Variables psicológicas que resultan significativas como factores de riesgo de trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia. Asociación (Chi 2), Tamaño del efecto (Phi), y Factor de riesgo (Odds ratio) si es significativo.**

Trastornos agrupados / Factores psicológicos		Con trastorno Casos / Esperados / %	Sin trastorno Casos / Esperados / %	Sig. Chi 2 Phi Odds ratio (I.C.)
Antecedentes psicopatológicos	Sí	17 / 10,3 / 35,4%	31 / 37,7 / 64,6%	p=0,001 0,32 5,48 (1,83-16,36)
	No	5 / 11,7 / 9,1%	50 / 43,3 / 90,9%	
Síntomas de ansiedad HAD-A>10 – Inicio	Sí	9 / 3,6 / 52,9%	8 / 13,4 / 47,1%	Fisher, p=0,002 0,34 6,31 (2,06-19,36)
	No	13 / 18,4 / 15,1%	73 / 67,6 / 84,9%	
Síntomas de ansiedad HAD-A>10 –Final	Sí	6 / 2,1 / 60%	4 / 7,9 / 40%	Fisher, p=0,006 0,31 7,21 (1,82-28,55)
	No	16 / 19,9 / 17,2%	77 / 73,1 / 82,8%	
Síntomas de depresión HAD-D>10 –Inicio	Sí	8 / 1,9 / 88,9%	1 / 7,1 / 11,1%	Fisher, p=0,000 0,51 45,71 (5,29-394,42)
	No	14 / 20,1 / 14,9%	80 / 73,9 / 85,1%	
Síntomas de depresión HAD-D>10 –Final	Sí	2 / 0,9 / 50%	2 / 3,1 / 50%	Fisher, p=0,199 0,14
	No	20 / 21,1 / 20,2%	79 / 77,9 / 79,8%	
Malestar emocional HAD-T>20 -Inicio	Sí	7 / 2,8 / 53,8%	6 / 10,2 / 46,2%	Fisher, p=0,006 0,30 5,83 (1,71-19,82)
	No	15 / 19,2 / 16,7%	75 / 70,8 / 83,3%	
Malestar emocional HAD-T>20 –Final	Sí	3 / 1,5 / 42,9%	4 / 5,5 / 57,1%	Fisher, p=0,165 0,14
	No	19 / 20,5 / 19,8%	77 / 75,5 / 80,2%	

*k) La intensidad del malestar emocional.*

Como muestra la tabla 31, la relación entre la intensidad del malestar emocional (HAD-T), tanto al inicio como al final de la radioterapia, y los trastornos psicopatológicos en el seguimiento, supera el nivel de significación  $p < 0,001$ , con promedios de intensidad de malestar emocional significativamente más altos en los pacientes con trastorno psicopatológico, y con tamaños de efecto superiores a 0,89.

Estos datos permiten *confirmar la hipótesis 6k).*



**Tabla 31.- Variables psicológicas. Intensidad del malestar emocional como factor de riesgo de trastornos psicopatológicos al final del tratamiento médico de la radioterapia (Seguimiento). Contraste U de Mann-Whitney Tamaño del efecto.**

Trastornos agrupados / Escala de malestar emocional	Trastorno	Media / Dt.	Sig. U de Mann-Whitney TE
HAD-T (rango 1-42) –Inicio	Sí (22)	17,32 / 7,26	p=0,000 d= 1,24
	No (81)	8,41 / 6,68	
HAD-T (rango 1-42) –Final	Sí (22)	12,64/ 7,42	p=0,001 d= 0,89
	No (81)	6,85 / 5,77	
	No (81)	2,99 / 1,11	

Según tales resultados, los factores predictores de tener algún trastorno psicopatológico al mes de acabada la radioterapia, son los siguientes: ser mujer; tener antecedentes familiares de cáncer, tener síntomas físicos de astenia y náuseas al final de la radioterapia, sufrir disfunción cognitiva al final de la radioterapia, tener antecedentes psicopatológicos, y tener síntomas clínicos de ansiedad, de depresión y de malestar emocional al inicio o al final de la radioterapia (medidos con el HADS), e igualmente un alto nivel de malestar emocional en cualquiera de esos dos momentos del proceso.

De todos estos factores, los psicológicos son los que están más fuertemente relacionados con el tener algún trastorno en el seguimiento.

### 3.4. Discusión

Cerca de la mitad de la muestra, un 46,6%, manifiesta haber tenido algún problema psicológico con anterioridad al inicio del estudio. Es una de las variables más relevantes, por su asociación con los trastornos psicopatológicos.

En relación a esos antecedentes, un 35,9% de los pacientes habían recibido algún tipo de tratamiento: psicológico y/o psiquiátrico en un 23% de los casos, y meramente farmacológico, un 12,6%. Cerca de un 11% había recibido tratamiento exclusivamente psicológico.

Si bien se detectan trastornos psicopatológicos, y por tanto la necesidad de tratarlos, lo cierto es que el porcentaje de pacientes atendidos por los especialistas es muy escaso, como han señalado diversos autores (Cruzado, 2004 y 2010; Hegel et al., 2006; Zabora, 1998).

En su conjunto, y excluidos los trastornos adaptativos, y los diagnósticos solapados, es de destacar que al inicio del tratamiento de radioterapia un 27,2% de los pacientes tienen algún trastorno psicopatológico, porcentaje que desciende a un 21,4% al final de la radioterapia y que se mantiene al mes de seguimiento.

En particular, al inicio de la radioterapia un 6,8% de los pacientes de esta muestra tienen un trastorno del estado de ánimo, un 11,7% tiene –solapadamente con otros diagnósticos- ideas o riesgo de suicidio, un 16,5% tiene trastornos de ansiedad, y un 12,5% de trastornos adaptativos. Porcentajes concordantes con Fritzsche et al. (2004).

Al final de la radioterapia se produce un descenso en el porcentaje de pacientes con trastornos del estado de ánimo, hasta un 3,9%, que se mantiene igual al mes de finalizada la radioterapia. Este descenso es concordante con los estudios de Burgess et al. (2005), Kissane, Maj y Sartorius (2010), Uchitomi, et al. (2003) y con los estudios longitudinales en radioterapia

de la revisión de Stiegelis et al. (2004), aunque hay otros estudio que señalan que un año después de finalizar los tratamientos persiste la depresión (Sehlen et al., 2003; Vinokur et al., 1990), o incluso aumenta (Akechi et al., 2004).

Igualmente, al final de la radioterapia se produce un descenso en la prevalencia de ideación o riesgo de suicidio, con la misma tendencia que en los trastornos del estado de ánimo, pasando del 11,7% inicial a un 7,8% al final de la radioterapia, que se mantiene al mes de finalizado el tratamiento.

La misma tendencia se observa en los trastornos adaptativos, que descienden del 12,5% al inicio de la radioterapia hasta el 6,6% al final de la misma, y se mantiene prácticamente igual, un 6,7%, al mes de seguimiento. Este descenso en este tipo de trastornos va en la línea de lo recogido en otros estudios (Akechi et al., 2004; Noyes et al., 1998; Popkin et al., 1990) que explican la mejoría clínica según pasa el tiempo desde la desaparición del estresor, que en este caso podría ser el enfrentarse a un tratamiento nuevo (la radioterapia).

En cambio, los trastornos de ansiedad aumentan del 16,5% inicial, al 18,4% al final de la radioterapia, lo que concuerda con los resultados de Andersen et al. (1984) y Andersen y Tewfik (1985), y descienden al nivel inicial al mes de finalizada la misma, lo que a su vez concuerda con lo señalado por varios autores (Bergman, Sullivan y Sorenson, 1991; Fallowfield, Hall, Maguire, y Baum, 1990; Maguire et al., 1978; Munro y Potter, 1996; Lee et al., 1992), en particular por Stiegelis et al. (2004) para los estudios longitudinales, en el sentido de un descenso de todos los síntomas en las mediciones post-radioterapia. Pero no concuerda con el estudio de Burgess et al. (2005), quienes señalan un descenso paulatino de los trastornos de depresión y ansiedad desde el diagnóstico, aunque en este estudio informan conjuntamente de ambos tipos de trastornos, lo que dificulta la comparación, aparte de que su periodo de valoración es más largo; tampoco

concuenda del todo con Fallowfield et al. (1990), que observaban un descenso desde el inicio del tratamiento.

Sin embargo, aunque se observen estos cambios en la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en esta muestra, no resultan significativos a lo largo del estudio. Esto puede deberse a la escasa potencia estadística, relacionada con el tamaño de la muestra, y el reducido número de pacientes diagnosticados de trastorno psicopatológico.

Siguiendo las consideraciones de Bringmann et al. (2008), además de la evolución de los trastornos psicopatológicos, se han analizado las variaciones clínicas de cada paciente. De las distintas trayectorias clínicas posibles, desde el inicio de la radioterapia hasta el momento del seguimiento, un 56,3% de los pacientes de la muestra no presentan trastornos en ninguno de los momentos evaluados, y un 7,8% presentan constantemente algún trastorno; unos porcentajes mejores, clínicamente hablando, que los que encuentran Henselmans et al. (2010) sobre el malestar emocional, que eran 36,3% siempre bien, y 15,2% siempre mal.

Los restantes pacientes muestran cambios durante las tres mediciones: un 13,6% de los casos empeora su estado clínico, y un 22,3% mejora. La variabilidad clínica encontrada en nuestra muestra se asemeja a la de Hammerlid et al. (1999), que encuentran mejoría en un 17,5% de los diagnósticos utilizados (10% de ansiedad, y 7,5% de depresión), y empeoramiento en un 13,8% (5,8% ansiedad y 8% malestar), y también al de Sehlen et al. (2003), pero difieren de los resultados de Maher et al. (1996), que encuentran mejoría en el 7,5% de casos, y empeoramiento en un 8%, aunque estos no son del todo comparables, porque ellos lo que miden son síntomas de malestar emocional.

A diferencia de lo observado con los trastornos psicopatológicos, se ha constatado la

mejoría estadística esperada en cuanto a la evolución de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional (HADS). Esta mejoría en todos los síntomas, después de acabada la radioterapia concuerda con los resultados de la revisión de Stiegelis et al. (2004) sobre 10 estudios longitudinales de pacientes en radioterapia. Contrasta, en cambio, con el estudio de Chen et al. (2009), que no encuentran variaciones significativas en los síntomas, si bien, en este estudio los pacientes eran sólo hombres y con cánceres específicos de cabeza y cuello.

En concreto, en el presente estudio, la intensidad de los síntomas de ansiedad (HAD-A) al inicio de la radioterapia desciende significativamente al final de la misma, a niveles que se mantienen al mes de seguimiento. Datos que van en la misma línea que los Fallowfield et al. (1990), o el de Maher et al. (1996), cuyo seguimiento también es al mes de acabada la radioterapia, y el de Chen et al. (2009); y también, aunque con diferentes escalas, con los de Munro y Potter (1996); y difieren de los de Kelly et al. (2007).

La intensidad de los síntomas de depresión (HAD-D) sigue un descenso parecido y significativo, con una mejoría evidente al final de la radioterapia, que se mantiene al mes de terminada la misma. Datos que coinciden en parte con los señalados por Ford, Lewis y Fallowfield (1995), que refieren descenso de los síntomas depresivos del 7% al 5% a los seis meses; y difieren de los resultados de Kelly et al. (2007) y Chen et al. (2009), y, aunque con escalas distintas, difieren también de los de Sehlen et al. (2003), que observaban un empeoramiento de los síntomas depresivos durante la radioterapia.

Así mismo, la intensidad de los síntomas de malestar emocional (HAD-T) desciende significativamente al final de la radioterapia, a niveles que se mantienen en el seguimiento al mes de acabada la misma. Estos datos van en la misma línea que los señalados por Ford et al. (1995), que referían descenso del malestar del 26% inicial al 10% a los seis meses, y los de Maher et al. (1996), aunque en su caso el descenso del malestar emocional era inferior.

La evolución de la prevalencia de estos síntomas durante el estudio es más compleja. Tomando el HADS, con punto de corte 'dudoso-clínico', la ansiedad y el malestar emocional mejoran significativamente al final de la radioterapia con un ligero aumento al mes de seguimiento (HAD-A>7: 35,9%, 18,4% y 22,3%; y HAD-T>14: 27,2%, 17,5% y 18,4%), pero no es significativa la evolución de los síntomas de depresión, aunque descriptivamente sigue en descenso paulatino desde el inicio al seguimiento (HAD-D>7: 19,4%, 16,5% y 10,7%).. Seguramente esto es debido a que para alcanzar significación el cambio clínico requiere una disminución mucho mayor en las puntuaciones de la escala.

Los resultados obtenidos muestran que estamos ante una muestra de pacientes con alta prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional, que evoluciona de forma dispar según la escala y punto de corte considerado, mientras que la evolución de la intensidad de dichos síntomas, sigue en todos los casos una clara línea de mejoría desde el inicio de la radioterapia hasta un mes después de acabada la misma.

Las preocupaciones vitales han sido documentadas en la literatura (González, Lacasta y Ordoñez, 2004; Spiegel y Glafkides, 1983). En este estudio aparecen en este orden de frecuencia al inicio del tratamiento de radioterapia: en primer lugar la preocupación por la evolución de la enfermedad, 43,7%, seguido de la preocupación por la familia, 36,9%, por el tratamiento, 31,1%; por la enfermedad misma, 30,1%; por la muerte, 20,4%; y por el trabajo, 14,6%. Son porcentajes superiores a los encontrados en nuestro medio por González et al. (2004). Todas estas preocupaciones manifiestan un significativo descenso al final de la radioterapia, y al mes de seguimiento, excepto la preocupación por el trabajo que no experimenta variación. Parece razonable pensar que la preocupación o el temor por el tratamiento desaparezca cuando se

conoce, y se disipan los temores anticipados sobre sus efectos al comprobar realmente cuáles son. Otro tanto ocurriría con la preocupación por la familia, a medida en que familia y paciente se adaptan a la nueva situación, o el paciente puede percibir que el contexto de este tratamiento no supone una carga excesiva para los suyos, que es un factor señalado en la literatura (Akechi et al., 2004). Igualmente el descenso en la preocupación por la enfermedad misma, puede deberse a la tranquilidad de estar recibiendo un tratamiento activo, o de que el paciente sienta la atención y el apoyo de un equipo sanitario. En este sentido, la preocupación por la muerte, aunque manifestada en menor medida por los pacientes, sigue el mismo proceso de descenso que la preocupación por la enfermedad. La menor preocupación por el trabajo, que no varía durante el estudio, puede tener que ver con las coberturas socio-sanitarias de que goza este país, lo que evita que estas situaciones de tratamientos prolongados se convierta en un problema de desprotección sanitaria y económico grave en mayoría de los casos, factores señalados en otros estudios (Burgess et al., 2005; Hoffman et al., 2009; Tross y Holland, 1990).

Cabe plantear, al igual que ocurre respecto a la presencia de malestar o síntomas psicológicos, que estas preocupaciones y sus variaciones, no sólo respondan a la situación real objetiva que vive el paciente, sino a las atribuciones subjetivas que hace sobre su situación, como señalan diversos autores (González et al., 2004; Massie y Popkin , 1998; Miller y Massie, 2010; Peck y Boland, 1977).

Lamentablemente no se han encontrado estudios longitudinales que aborden estos temas.

Entre los problemas psicosociales examinados, destacan en orden de frecuencia, la pérdida de un ser querido en el último año, presente en la mitad de la muestra, y en un 17,5% de los casos debido a una enfermedad oncológica. Factor de riesgo de diversos problemas emocionales según recogen alguno estudio y revisiones (Burgess et al., 2005; Holland y Lewis, 2003; Massie y

Popkin, 1998; Miller y Massie, 2010).

Siguen en frecuencia los problemas de disfunción cognitiva, principalmente problemas de concentración, atención y memoria, cuya prevalencia es relevante pues afecta a un 26,2% de los pacientes, y además se mantiene constante a lo largo del estudio. Porcentaje muy superiores al que encontraban Gil et al. (2007), de sólo un 2%. Es un síntoma prevalente y relevante, relacionado con la enfermedad y con los tratamientos, como han señalado Musselman et al. (2010), y que requiere la atención del clínico para diferenciarla de un posible trastorno ansiedad, y una valoración a largo plazo para prevenir el empeoramiento o la aparición de otras secuelas cognitivas ligadas a los tratamientos médicos, como señalan Ahles et al. (2002), al hablar de las secuelas postratamiento en los supervivientes de cáncer.

Los problemas de disfunción física, presentes en un 12,6% de los pacientes al inicio de la radioterapia, disminuyen significativamente al finalizar el tratamiento, aunque se incrementa levemente al mes de seguimiento.

Los problemas con la imagen corporal, están presentes en un 11,7% al inicio de la radioterapia, tienden a disminuir al finalizar el tratamiento, y al mes de seguimiento.

Un escaso número de pacientes presentan problemas familiares (6,8%), o en las relaciones sexuales (3,9%) al inicio de la radioterapia. Estos porcentajes no varían significativamente a lo largo del estudio.

Igualmente destacable es el escaso número de pacientes que refieren falta de apoyo familiar o social en este estudio: sólo un 2,9% de los casos al inicio de la radioterapia, que no varía significativamente al lo largo del estudio. Este porcentaje tan escaso, contrasta con los estudios (Akechi et al., 2004; Bringmann et al., 2008; Burgess et al., 2005; Holland, Rowland, Lebovits y Rusalem, 1979; Strain, 1998), que lo señalan como factor relevante.



Aproximadamente un 15% de los pacientes tienen antecedentes personales de cáncer, y un 53,4% tienen antecedentes familiares. En este estudio se encuentra, además, que el hecho de tener familiares de cáncer es un predictor de trastornos psicopatológicos. Este es un factor que se no se encuentra señalado en la literatura.

Tanto el tipo de tumor como la gravedad de la enfermedad no aparecen como factores predictores de los trastornos psicopatológicos, ni de su evolución durante el tratamiento de radioterapia. Estos resultados difieren de otros trabajos en cuanto a la influencia de la gravedad de la enfermedad (Bradley, Davis y Chow, 2005; Cassileth et al., 1984; Cassileth, Lusk y Walsh, 1986; Massie, 2004; Massie y Popkin 1998; Miller y Massie 2010; Stommel et al., 2004). Lo cual puede deberse al reducido número de personas con trastornos psicopatológicos y al número de categorías para cada variable. No obstante, estos resultados son coincidentes con otros estudios señalados (Kissane et al., 2004).

Antes del tratamiento actual con radioterapia casi dos tercios de los pacientes de la muestra han recibido otros tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia u otros), de los cuales sólo la quimioterapia es un factor predictor de los trastornos psicopatológicos. Estos resultados difieren de los estudios de Gil et al. (2007), Maraster, Brandt, Olsson y Ryde-Brandt (1992), Peck y Boland (1977) y Schain, D'Angelo, Dunn, Lichter y Pierce (1994).

Los síntomas físicos asociados a la enfermedad o a los tratamientos médicos, constituyen un problema muy relevante y prevalente en los pacientes durante el tratamiento de radioterapia. Se ha observado una prevalencia del 77,7% de pacientes sintomáticos, que aumenta significativamente hasta un 90,3% durante el tratamiento, y aun sigue siendo muy elevada al mes de seguimiento, a pesar de la disminución que se observa en esta última medición. Al mes de

seguimiento los pacientes siguen igual de mal o incluso peor que al inicio de la radioterapia, respecto a la afectación de síntomas físicos en general, pasando además por un claro periodo de empeoramiento durante el tratamiento.

Esa tendencia es estadísticamente significativa en el caso de la astenia que aumenta del 41,7% inicial a un 58,3% al final de la radioterapia y queda en un 50,5% al mes de seguimiento; el dolor (28,2%, 54,4% y 46,6% respectivamente), y la irritación cutánea (10,7%, 47,6% y 21,4%), datos concordantes con la literatura (Fransson y Widmark, 1999; González et al., 2004; Murillo et al., 2004) que señala la persistencia de dichos síntomas en el tiempo. La evolución del resto de los síntomas examinados sigue el mismo patrón, pero no resulta estadísticamente significativa.

Solamente el insomnio se mantiene como un síntoma constante; lo cual es también un dato preocupante, pues lo sufre un tercio de los pacientes, afectando en gran medida a su calidad de vida (Ibáñez del Prado, 2009; Maté, Hollestein y Gil 2004).

Hay que aclarar, no obstante, que la intensidad de los síntomas físicos examinados no es alta, de modo similar al estudio de González et al. (2004).

Los síntomas físicos son una variable de gran interés, a la que hay que prestar atención, por su relación con los síntomas psicológicos, y dadas las implicaciones que tienen en la calidad de vida de los pacientes como también han señalado otros autores (González et al., 2005; Ibáñez del Prado, 2009; Lacasta et al., 2004; Maté et al., 2004). Su evaluación adecuada permitirá planificar mejor la asistencia, para prevenir dichos síntomas, y tratarlos adecuadamente.

En relación a los factores de riesgo de tener un trastorno psicopatológico al mes de acabada la radioterapia, las variables sociodemográficas asociadas a un mayor riesgo son: el sexo femenino, coincidiendo con DeFlorio y Massie, (1995) y Miller y Massie, (2010), y tener

antecedentes familiares de cáncer. Mientras que la edad no ha mostrado ser relevante.

De todas las variables médicas examinadas, solo el tratamiento previo de quimioterapia se confirma como un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos, mientras que ni el tipo de tumor (mama o respiratorio), ni la gravedad de la enfermedad (estadio, extensión, e indicación paliativa del tratamiento), ni otros tratamientos específicos aparecen asociados. Los datos de este estudio contrastan con los informados por otros autores (Bradley et al., 2005; Bringmann, et al., 2008; Cassileth et al., 1984 y 1986; Craig y Abeloff, 1977; Miller y Massie, 2010; Plumb y Holland, 1977; Massie, 2004; Miller y Massie, 2010; Stommel et al., 2004; Gil et al., 2007; Maraster et al., 1992; Peck y Boland, 1977; Schain et al., 1994). Estos estudios difieren en cuanto a los trastornos psicopatológicos examinados, generalmente depresión y ansiedad, aparte de otras diferencias metodológicas que dificultan la comparación con el nuestro. Si bien, concuerda con Kissane et al. (2004), que tampoco encuentran asociación entre la gravedad de la enfermedad y psicopatología. Es probable que el influjo de la enfermedad y de los tratamientos no se manifieste de forma directa, sino por otros factores intermedios, como son los síntomas físicos que generan, y el deterioro físico y funcional (Akechi et al., 2004; Bringmann et al., 2008; Bukberg et al., 1984; Hervouet et al., 2005; Sehlen et al., 2003).

En relación a los síntomas físicos resultan ser factores de riesgo de los trastornos psicopatológicos la astenia y las náuseas presentes al final del tratamiento. Lo que sugiere que más que la influencia directa de la enfermedad, su gravedad y los tratamientos, son sus efectos físicos los que se relacionan directamente con la presencia de trastornos (Akechi et al., 2004; Bringmann et al., 2008; Bukberg et al., 1984; Hervouet et al., 2005; Sehlen et al., 2003).

Respecto a las variables psicosociales, solo la disfunción cognitiva al final de la radioterapia, que afecta a uno de cada cuatro pacientes, muestra ser un factor de riesgo de los

trastornos psicopatológicos. No se observa que la disfunción física y la alteración de la imagen sean factores de riesgo.

En relación a las preocupaciones vitales se encuentra que la preocupación por la enfermedad, la evolución, los tratamientos, la familia, la muerte o el trabajo, no guarda, en esta muestra, ninguna asociación con la presencia de psicopatología al mes de acabada la radioterapia. En particular, estos resultados concuerdan con lo señalado por Lichtenthal et al. (2009) en el sentido de que no siempre la preocupación por la muerte, incluso en casos de enfermedad avanzada, se relaciona con los trastornos psicopatológicos.

Los antecedentes psicopatológicos muestran ser un importantísimo factor de riesgo de tener un trastorno psicopatológico al mes de acabar el tratamiento de radioterapia. Este es un dato bien documentado en la literatura (Burgess et al., 2005; Fallowfield, et al., 1990; Gil et al, 2007; Holland y Rowland, 1987; Jenkins et al., 1998; Kilbride et al., 2007; Massie y Popkin, 1998; Miller y Massie, 2010; Stiegelis et al., 2004; Stommel et al., 2004).

La presencia de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional son otro importante factor de riesgo según el HADS . En concreto: síntomas clínicos de ansiedad al inicio y al final de la radioterapia; síntomas de depresión al inicio de la radioterapia, y síntomas de malestar emocional al inicio de la radioterapia.

La intensidad de dicho malestar emocional al inicio de la radioterapia predice correctamente al 30% de los pacientes que tendrán posteriormente algún trastorno psicopatológico, y a más de un 80% de los que no los tendrán.

Resumiendo, los factores de riesgo de padecer algún trastorno psicopatológico al mes de acabada la radioterapia son los siguientes: Ser mujer; tener historia familiar de cáncer, tener síntomas físicos de astenia y de náuseas al final de la radioterapia, sufrir disfunción cognitiva al final de la radioterapia; y, sobre todo, tener antecedentes psicopatológicos, presentar síntomas clínicos de ansiedad, de depresión y de malestar emocional al inicio del proceso del tratamiento, y sufrir un alto nivel de malestar emocional en cualquier momento del proceso.

Estos resultados justifican la necesidad de evaluar y detectar de modo temprano a las personas con vulnerabilidad psicológica, mediante pruebas de detección apropiadas, tal como señalan diversos autores (Helgeson, Zinder y Seltman, 2004; Henselmans et al., 2010; Zabora, 1998; Zabora et al., 2001). Y se justifica el uso de instrumentos breves, para detectar dichos factores, y predecir de un modo fácil y válido un posible trastorno psicopatológico, como los evaluados con la entrevista MINI (trastornos del estado del ánimo, ideación o riesgo de suicidio y trastornos de ansiedad).

En relación a los cambios clínicos psicopatológicos se han estudiado las distintas trayectorias psicopatológicas. Los trastornos psicopatológicos varían entre un 21% y un 27% a lo largo del tratamiento de radioterapia, mientras que, clínicamente, se observa que más de un 43% de los pacientes sufre algún trastorno psíquico en alguno de los tres momentos del estudio. Las trayectorias clínicas inicialmente consideradas indican que un 56,3% de los pacientes están siempre bien a lo largo del estudio, un 7,8% permanece siempre mal, un 22,3% mejoran y un 13,6% empeoran durante el proceso. El porcentaje de pacientes que no varían durante el estudio es mejor, clínicamente hablando, que el encontrado por Helgeson et al. (2004). El porcentaje de los que cambian clínicamente es parecido al que encuentran Hammerlid et al. (1999), y algo

diferente al de Maher et al. (1996), salvo el hecho de los diferentes criterios diagnósticos utilizados.

Se ha podido analizar la trayectoria de los pacientes que no teniendo ningún trastorno psicopatológico al inicio de la radioterapia, sí lo tienen al mes de seguimiento (11 casos), comparándola con la de aquellos que no tienen ningún trastornos en ninguno de esos dos momentos (68 casos). En este sentido, de todas las variables propuestas (sociodemográficas, médicas, psicosociales y psicológicas) para caracterizar o explicar el empeoramiento clínico de ese grupo de pacientes, la única variable que ha resultado significativa es la frecuencia y el nivel de malestar emocional al inicio de la radioterapia, con mayor prevalencia e intensidad entre los pacientes que empeoran clínicamente. Dato concordante con estudios como el de Helgeson et al.,(2004) y Henselmans et al. (2010), aunque ellos se centran en pacientes con cáncer de mama, y seguidos al año y los cuatro años.

La sintomatología psicológica inicial es un factor predictivo de la adaptación futura más relevante que las características sociodemográficas, médicas y de los tratamientos. La detección del malestar emocional en los pacientes al inicio de la radioterapia es una buena herramienta para predecir la evolución clínica de los pacientes durante el tratamiento médico, y para diseñar la asistencia especializada del psicooncólogo, hacia los pacientes que durante el proceso de la radioterapia manifestarán mayor malestar emocional, para tratarlo, y para evitar la posible aparición de un trastorno psicopatológico.

### 3.6. Conclusiones

Desde el punto de vista de la evolución de las características clínicas en la muestra estudiada, se obtienen algunas conclusiones.

- Los trastornos psicopatológicos disminuyen desde el inicio del tratamiento de radioterapia hasta el mes posterior a su finalización, durante el seguimiento, aunque no de forma no significativa.
- Aun así, más un 20% de los pacientes al mes de acabado el tratamiento, sufre algún trastorno.
- Además, según las trayectorias clínicas, se observa que un 48% de los pacientes tienen algún trastorno durante el estudio, frente a un 52% que se encuentra libre de psicopatología en todo momento.
- Los síntomas de ansiedad, de depresión y de malestar emocional descienden significativamente durante la radioterapia y hasta el mes de seguimiento. Aplicando la escala HADS, un importante porcentaje de los pacientes, al final de estudio padece síntomas ansiedad (un 22,3%), de depresión (un 10,7%), o de malestar emocional (18,4%).
- Las variables médicas, como el tipo de tumor, la gravedad de la enfermedad, y los tratamientos aplicados, excepto la quimioterapia previa, son irrelevantes para predecir la presencia de psicopatología.
- Los síntomas físicos, asociados a la enfermedad y/o los tratamientos, aumentan significativamente desde el inicio al final de la radioterapia, y aunque descienden al mes de seguimiento, su frecuencia sigue siendo alta. Esto hace que su evaluación y detección sea un objetivo asistencial importante para poder prevenirlos y tratarlos.

- Las preocupaciones vitales de los pacientes descienden de forma significativa durante el estudio, sin mostrar influencia en los trastornos psicopatológicos.
- La disfunción cognitiva es una problemática muy frecuente, afecta a la tercera parte de los pacientes, y además se mantiene constante durante el tratamiento y en el seguimiento, lo que lo convierte en otra área de evaluación y atención necesaria.
- Los trastornos psicopatológicos al mes de finalizada la radioterapia, pueden predecirse por el hecho de: ser mujer, tener antecedentes familiares de cáncer, presentar síntomas de astenia y náuseas, tener antecedentes psicopatológicos, así como padecer durante el tratamiento de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional.
- Los pacientes que empeoran clínicamente durante el estudio se caracterizan por la presencia concomitante de malestar emocional, un factor que predice con seguridad al 31% de los casos con trastornos.

Estas conclusiones justifican la necesidad de la evaluación de los síntomas físicos y del malestar emocional en los pacientes al inicio y durante el tratamiento médico, para poder tratarlos y prevenir la aparición de un posible trastorno psicopatológico posterior. Lo cual puede realizarse con medidas de detección sencillas y adecuadas al contexto hospitalario



### 3.7. Limitaciones del estudio.

Los 103 pacientes que forman parte del estudio constituyen una muestra heterogénea de pacientes con distintas enfermedades neoplásicas, pero no son representativos de todos los tipos de cáncer que se presentan en la población, sólo de los que son radio-sensibles en ese momento.

La selección de la muestra incluyó solamente a los pacientes con relativo buen estado físico, valores superiores a 80 en el índice Karnofsky. No podemos saber cómo afectaría la radioterapia a una muestra con pacientes más graves, y con peor estado físico general de partida.

Sólo 103 sujetos pudieron completar las tres evaluaciones, de una muestra inicial de 235 sujetos. Se comprobó que las características de este grupo final no diferían del inicial, pero supone una importante reducción del tamaño muestral, y de la potencia estadística de las pruebas. Esta reducción de la muestra hubiera sido menor, de haber usado instrumentos de evaluación psicológica más simples, pero el objetivo del trabajo doctoral requería el uso de pruebas más completas y validadas.

La disminución de la potencia estadística debida al escaso número de personas en cada categoría diagnóstica, hace que algunos análisis no alcancen relaciones o asociaciones significativas, aunque los datos descriptivos sugieren tal relación o asociación.

La evaluación de los trastornos psicopatológicos no se pudo realizar con una única medida. La entrevista diagnóstica estructurada MINI, usada como patrón oro, no incluye un módulo para los trastornos adaptativos, que tuvieron que analizarse con los criterios DSM-IV, con la limitación añadida de que estos últimos trastornos no pudieron valorarse en todos los sujetos. Todo ello limita el alcance de las conclusiones sobre la prevalencia y evolución de los trastornos mentales en estos pacientes.

Tampoco se pueden generalizar las conclusiones sobre los factores de riesgo de trastorno mental. Haría falta construir, mediante regresión logística un perfil predictivo que extrajera las

variables que tienen un mayor peso, para lo cual se necesitaría una muestra más amplia.

La reducción muestral del estudio evolutivo ha impedido también analizar todas las posibles trayectorias clínicas de los pacientes durante la radioterapia, un análisis que finalmente quedó reducido a la caracterización de los pacientes que empeoraban psicopatológicamente durante el tratamiento.

#### 4. CONCLUSIONES FINALES.

Los pacientes de cáncer, al iniciar el tratamiento de radioterapia, presentan diagnósticos psicopatológicos en un amplio porcentaje, que no cambian significativamente durante el tratamiento. Casi tres de cada diez pacientes necesitan una atención psicooncológica.

Los pacientes de cáncer presentan elevados síntomas de malestar emocional, ansiedad y depresión, que mejoran significativamente una vez terminada la radioterapia.

La mayoría de los pacientes que necesitan asistencia especializada no la están recibiendo.

Los síntomas físicos, asociados a la enfermedad y/o los tratamientos, presentan una alta prevalencia durante la radioterapia, y permanecen altos incluso en el seguimiento, por lo cual se requiere una evaluación y tratamiento adecuado a lo largo del proceso.

La disfunción cognitiva es una problemática muy frecuente, y se mantiene constante durante el tratamiento.

Los factores de riesgo para los trastornos psicopatológicos al final de la radioterapia son: ser mujer, con antecedentes familiares de cáncer, los síntomas físicos, la disfunción cognitiva, síntomas de depresión, ansiedad o malestar emocional, antecedentes psicopatológicos, y preocupaciones vitales relacionadas con el contexto de la enfermedad.

Es necesario evaluar y detectar de forma temprana todos los factores de riesgo desde el inicio del tratamiento médico y a lo largo de todo el proceso. Tales factores se pueden evaluar y detectar con brevedad y sencillez con instrumentos adecuados en las consultas médicas, o de enfermería.

El uso de instrumentos breves de detección de malestar emocional y posibles trastornos psicopatológicos para la adecuada derivación al psicooncólogo es altamente útil. Un instrumento como el HADS ha mostrado ser relativamente adecuado.

## **5. APORTACIONES DEL ESTUDIO. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.**

Se ha realizado un estudio longitudinal de los trastornos psicopatológicos, malestar emocional, síntomas físicos y preocupaciones de los pacientes oncológicos, utilizando varios de los instrumentos mejor validados en una gran muestra de los pacientes en tratamiento de radioterapia. Este estudio abarca desde el momento de inicio del tratamiento radioterápico hasta un mes tras su finalización. Este trabajo longitudinal prospectivo en radioterapia inaugura esta línea de investigación en España.

Esta investigación ha permitido determinar el estado de salud mental y las necesidades de atención psicológica de los pacientes de cáncer, a lo largo de la radioterapia. Los resultados ponen de manifiesto las necesidades reales de evaluación y tratamiento psicológicos para un importante número de estos pacientes que hasta el momento no están suficientemente atendidas.

Se han determinado los factores de riesgo de los trastornos psicopatológicos y el malestar emocional, y se ha comprobado la utilidad de los instrumentos breves de detección para derivar a los pacientes necesitados de ayuda psicológica a los servicios especializados.

La asistencia integral, médica y psicológica es un derecho para todos los pacientes con cáncer, y para lo profesionales un deber el proporcionarla. La organización asistencial debería detectar las necesidades psicológicas desde las fases más tempranas de los tratamientos médicos y proporcionar la intervención psicológica en los casos necesarios, antes de que el malestar emocional y los trastornos psicopatológicos se cronifiquen o agraven. Este objetivo se puede alcanzar con un protocolo válido de detección temprana y la derivación de las personas con necesidades de intervención psicológica, con ello se conseguiría optimizar los recursos, con más eficacia y menor coste.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFIAS.

- Ahles, T.A. y Correa, D.D. (2010). Neuropsychological Impact of Cancer and Cancer Treatments. En J. C. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 251-257). New York – Oxford: Oxford University Press.
- Ahles, T. A., Saykin A. J., Furstenberg, C. T., Cole, B., Mott, L. A., Skalla, K. et al. (2002). Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*, 20(2), 485-493.
- Akechi, T., Nakano, T., Akizuki, N., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, H. et al. (2002). Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 32(12), 506–511.
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y. y Nakano T. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology*, 22(10), 1957-1965.
- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakao, T. et al. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, 97(10), 2605-2613.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a. ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE.UU.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association, versión española López-Ibor, J.J. y Valdés, M. (dir.). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed. Texto revisado). Barcelona: Masson.

- Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T. y Sheehan, D. (1998). DSM-III-R psychotic disorders: procedural validity of the MINI international neuropsychiatric interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 13, 26-34.
- Andersen, B. L., Karlson, J. A., Anderson, B. y Tewfik, H. H. (1984). Anxiety and cancer treatment: Response to stressful radiotherapy. *Health Psychology*, 3, 535-551.
- Andersen, B. L. y Tewfik, H. H. (1985). Psychological reactions to radiation therapy: Reconsideration of the adaptive aspects of anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(4), 1024-1032.
- Bergman, B., Sullivan, M. y Sorenson, S. (1991). Quality of life during chemotherapy for small cell lung cancer. I. An evaluation of generic health measures. *Acta Oncologica*, 30, 947-957.
- Bradley, N., Davis, L. y Chow, E. (2005). Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 123–131.
- Breitbart, W., Pessin, H. y Kolva, E. (2010). Suicide and desire for hastened death in people with cancer. En D. Kissane, M. Maj y N. Sartorius (Eds.). *Depression and Cancer* (pp. 125-150). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Bringmann, H., Singer, S., Höckel, M., Stolzenburg, J-U., Krauss, O. y Schwarz, R. (2008). Long-term course of psychiatric disorders in cancer patients: a pilot study. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5, Doc. 3.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P. y Macnillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment system: a simple method for the assessment of palliative care. *Journal of Palliative Care*, 7, 6-9.
- Buick, D., Petrie, K., Booth, R., Probert, J., Benjamin, C. y Harvey, V. (2000). Emotional and functional impact of radiotherapy and chemotherapy on patients with primary breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18, 39–62.

- Bukberg, J., Penman, D. y Holland, J. C. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic medicine*, 46, 199-212.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. y Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-705.
- Busch, K. A., Clark, D. C., Fawcett, J y Kravitz, H. (1993). Clinical features of inpatient suicide. *Psychiatric Annals*, 23(5), 256-262.
- Bye, A., Ose, T., Kaasa, S. (1995). Quality of life during pelvic radiotherapy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74, 47-52.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., Cross, P. A. et al. (1984). Psychosocial status in chronic illness: A comparative analysis of six diagnostic groups. *The New England Journal of Medicine*, 311, 506-511.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J. y Walsh, W. P. (1986). Anxiety levels in patients with malignant disease. *The Hospice Journal*, 2, 57-69.
- Chen, A. M., Jennelle, R. L., Grady, V., Tovar, A., Bower, K., Simonin, P. et al. (2009). Prospective study of psychosocial distress among patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 73(1), 187-93.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M. y Lander, S. (1997). "Are You Depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 674-676.
- Craig, T. J. y Abeloff, M. D. (1977). Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 1323-1327.

- Crosen, J., Garwood, D., Glatstein, E. y Neuwelt, E.A. (1994). Neurobehavioral sequelae of cranial irradiation in adults: A review of radiation-induced encephalopathy. *Journal of Clinical Oncology*, 12 (3), 627-642
- Cruzado, J. A. (2004). Apoyo psicológico en oncología radioterápica. *Oncología*, 27(7), 408-411.
- Cruzado, J. A. (2007, noviembre). *Perspectivas y retos actuales en psicooncología*. Comunicación presentada en el III Congreso Nacional de Psico-Oncología de la SEPO: 'El cáncer y la palabra'. Bilbao, España.
- Cruzado, J.A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.
- DeFlorio, M. y Massie, M. J. (1995). Review of depression in cancer: gender differences. *Depression*, 5, 343-359.
- Derogatis, L. R y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory (BSI): an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-606.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M. et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association-JAMA*, 249, 751-757.
- Faller, H., Olshausen, B. y Flentje, M. (2003). Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of radiotherapy. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(5), 229-235.
- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G. P. y Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301, 575-580.



- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M. y Soto, O. (2000). *MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV*. Traducida por L. Franco-Alfonso, L. Franco. Bajada de [http://entomologia.rediris.es /pub/bscw.cgi/d602335/MINI/Entrevista Neuropsiquiatria Internacional.pdf](http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/MINI/Entrevista%20Neuropsiquiatria%20Internacional.pdf).
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Ford, S., Lewis, S. y Fallowfield, L. (1995). Psychological morbidity in newly referred patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(2),193-202.
- Forester, B. M., Kornfeld, D. S. y Fleiss, J. (1978). Psychiatric aspects of radiotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 135, 960-963.
- Fransson, P. y Widmark, A. (1999). Late side effects unchanged 4–8 years after radiotherapy for prostate carcinoma: a comparison with age-matched controls. *Cancer*, 85, 678–88.
- Frick, E., Tyroller, M. y Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*, 16, 130–136.
- Frischenschlager, O., Hohenberg, G. y Handl, Z.L. (1991). Die Situation des onkologischen Patienten in der Strahlentherapie—physische und psychische Aspekte. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 103, 40–44.
- Fritzsche, K., Liptaia, C. y Henkeb, M. (2004). Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiotherapy & Oncology*, 72, 183-189.
- Fuller, C. D., Schillerstrom, J. E., Jones, W. E., Boersma, M., Royall, D. R. y Fuss, M. (2008). Prospective evaluation of pretreatment executive cognitive impairment and depression in

- patients referred for radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 72(2), 529–533.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilaguta, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., et al. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 129(13), 494-500.
- Gil, F. L., Costa, G., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N. y Sirgo, A. (2007). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, (0), 1-3.
- González, M., Lacasta M.A. y Ordoñez, A. (2004). Astenia, dolor y sufrimiento. *Psicooncología*, 1, 91-100
- González, A., Fernández, C., García, G., Amigo, I., Arce, C., Padierna, C. et al. (2005). Control de síntomas en pacientes oncológicos terminales ingresados en hospitalización domiciliaria. *Psicooncología*, 2, 3-20.
- González, M. (2003). *Delirium. Adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado*. Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E. y el grupo SEPOS. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 243-248.
- Hammerlid, E., Ahlner-Elmqvist, M., Bjordal, K., Biörklund, A., Evensen, J., Boysen, M. et al. (1999). A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients. *British Journal of Cancer*, 80, 766 – 774.

- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L. et al. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107(12), 2924-31.
- Helgason, A. R., Fredrikson, M., Adolfsson, J. y Steineck, G. (1995). Decreased sexual capacity after external radiation therapy for prostate cancer impairs quality of life. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 32, 33-39.
- Helgeson, V. S., Snyder, P. y Seltman H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23(1), 3-15
- Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., Vries, J., Sanderman, R. y Ranchor, A. V.(2010). Identification and Prediction of Distress Trajectories in the First Year After a Breast Cancer Diagnosis. *Health Psychology*, 29(2), 160–168.
- Hernández, M., Cruzado, J. A. y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4(1), 179-191.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- Hervouet, S., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., Laverdière, J., Vigneault, E. et al. (2005). Psychological functioning associated with prostate cancer: Cross-sectional comparison of patients treated with radiotherapy, brachytherapy, or surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 473-484.

- Hoffman, K. E., McCarthy, E. P., Recklitis, C. J. y Ng, A. K. (2009). Psychological distress in long-term survivors of adult-onset cancer. Results from a nacional survey. *Archives of Internal Medicine*, 169, 1274-1281.
- Holland, J. y Lewis, S. (2003). *La cara humana del cáncer*. Barcelona: Herder.
- Holland, J. C. y Rowland, J. H. (1987). Psychological reactions to breast cancer and its treatment. En J. R. Harris, S. Hellman, I. C. Henderson y D. W. Kinne (Eds.). *Breast diseases* (pp. 632-647). Philadelphia: Lippincott.
- Holland, J. C., Rowland, J., Lebovits, A. y Rusalem, R. (1979). Reactions to cancer treatment: Assessment of emotional response to adjuvant radiotherapy as a guide to planned intervention. *The Psychiatric clinics of North America*, 2, 347-358.
- Hopwood, P., Howell, A. y Maguire, P. (1991). Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two serl-report questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64, 353-356.
- Ibáñez del Prado, C. (2009). *Insomnio en cuidados paliativos, factores intervinientes y un intento de cribaje*. Diploma de Estudios Avanzados (D.E.A.) Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, T., Priestman, T. y Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European journal of cancer*, 30A, 37-40.
- Janda, M., Gerstner, N., Obermair, A., Fuerst, A., Wachter, S., Dieckmann, K. et al. (2000). Quality of life changes during conformal radiation therapy for prostate carcinoma. *Cancer*, 89, 1322-8.
- Jenkins, C., Carmody, T. J. y Rush, A. J. (1998). Depression in radiation oncology patients: a preliminary evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 50, 17-21.

- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Graver, L. F. y Burchenal, J. H. (1948). The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*, 1(4), 634-656.
- Karnofsky, D. y Burchenal, J. H. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En C. M. MacLeod (Ed.). *Evaluation of chemotherapeutic agents* (pp. 191-205). New York: Columbia University Press.
- Kelly, C., Paleri, V., Downs, C. y Shah, R. (2007). Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 136, 108-111.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. Recuperado el 14 de noviembre de 2010 de la página web [www.archgenpsychiatry.com](http://www.archgenpsychiatry.com)
- Kilbride, L., Smith, G. y Grant, R. (2007). The frequency and cause of anxiety and depression amongst patients with malignant brain tumours between surgery and radiotherapy. *Journal of Neuro-Oncology*, 84, 297-304.
- King, K. B., Nail, L. M. y Kreamer, K. S. (1985). Patients descriptions of the experience of receiving radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 12, 55-61.
- Kirsh, K. L., McGrew, J. H., Dugan, M. y Passik, S. D. (2004). Difficulties in screening for adjustment disorder. Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliative & Supportive Care*, 2, 23-31.
- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S. y Smith, G. C. (2004), Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 320-326.

- Kissane, D., Maj, M. y Sartorius, N. (2010). *Depression and cancer*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Lacasta, M.A., Calvo, C., Gonzalez, M. y Ordoñez, A. (2004). Aspectos psicológicos de la astenia. *Psicooncología*, 1, 29-44
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, L. I., Sheehan, K. et al. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Lee, M. S., Love, S. B., Mitchel, J. B., Parker, E. M., Rubens, R. D. y Watson, J. P. (1992). Mastectomy or conservation for early breast cancer: psychological morbidity. *European Journal of Cancer*, 28A, 1340-1344.
- LeFevre, P., Devereux, J., Smith, S., Lawrie, S. M. y Cornbleet, M. (1999). Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliative Medicine*, 13, 399-407.
- Levin, T. T. y Alici, Y. (2010) Anxiety disorders. En J. C. Holland, W. Breitbart y P. Jacobsen (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 324-331). New York – Oxford: Oxford University Press.
- Lewis, G. y Wessely, S. (1990). Comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 157, 860-864.
- Li, M., Hales, S. y Rodin G. (2010). Adjustment disorders. En J. C. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 303-310). New York – Oxford: Oxford University Press.
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W. et al. (2009), Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Psycho-Oncology*, 18, 50–61.

- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F. B., Sala, J. M., Seva, A. (1979). El miniexamen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 189-202.
- López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Neipp, M. C., Massutí, B., Rodríguez, J. et al. (2000). Anxiety and Depression. The HAD scale validation in cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 127-155.
- MacLeod, C. y Jackson, M. (1999). Modern radiotherapy. Does the GP have a role. *Australian Family Physician*, 28, 145-150.
- Maguire, J. P., Lee, E. G., Bevington, D. J., Kuchemann, C. S., Crabtree, R. J. y Cornell, C. E. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, 1, 963-965.
- Maher, E. J., Mackenziet, C., Young, T. y Markst, D. (1996). The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-C30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treatment Reviews*, 22(A), 123-129.
- Maraster, R., Brandt, L., Olsson, K. y Ryde-Brandt, B. (1992). Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. Relations to age and type of surgery. *Acta Oncologica*, 31, 641-643.
- Martín Ortiz, J. D., Sánchez Pérez, M. J. y Sierra, J. C. (2005). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 34-45.
- Martínez, M., Dolz, M., Alonso, J., Luque, I., Palacín, C., Bernal, M. et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio. *ESEMed-España: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders-España. Medicina. Clínica*, 12 (126), 445-451.

- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 32, 57-71.
- Massie, M. J., Holland, J. C. (1987). Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatric medicine*, 5, 343-359.
- Massie, M. J., Lloyd-Williams, M., Irving, G. y Miller, K. (2010). The prevalence of depression in people with cancer. En: D. Kissane, M. Maj y N. Sartorius (Eds.). *Depression and Cancer* (pp. 1-36). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Massie, M. J., Popkin, M. K. (1998). Depressive disorders. En J. C. Holland y M. J. Massie (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 518-540). New York-Oxford: Oxford University Press.
- Maté, J., Hollestein, M. F. y Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230.
- Miller, K. y Massie, M. (2010). Depressive Disorders. En J. C. Holland, W. Breitbart y P. Jacobsen (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 311-318). New York-Oxford: Oxford University Press.
- Mor, V., Laliberte, L., Morris, J. N. y Wiemann, M. (1984). The Karnofsky Performance Status Scale. An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, 53(9), 2002-2007.
- Munro, A. J., Biruls, R., Griffin, A. J., Thomas, H. y Vallis, K. (1989). Distress associated with radiotherapy for malignant disease: A quantitative analysis based on patients perceptions. *British Journal of Cancer*, 60, 370-374.
- Munro, A. J. y Potter, S. (1996). A quantitative approach to the distress caused by symptoms in patients treated with radical radiotherapy. *British Journal of Cancer*, 74, 640-647.
- Murillo, M. T., Valentín, V. y Valentín, M. (2004). Síntomas asociados al tratamiento con radioterapia. *Psicooncología*, 1(2-3), 151-168.



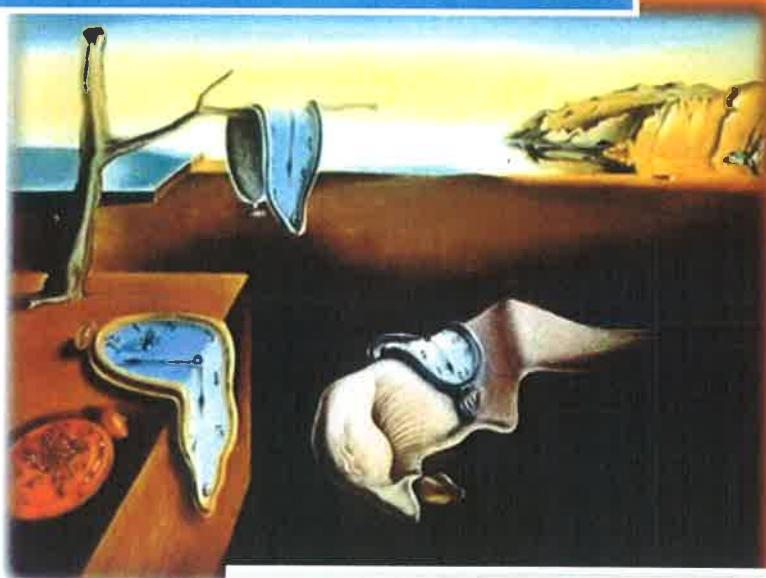
- Musselman, D. L., Miller, A. H., Royster, E. B y McNutt M. D. (2010). Biology of depression and cytokines in cancer. En: D. Kissane, M. Maj y N. Sartorius (Eds.). *Depression and Cancer* (Cap 51-80). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Nail, L. M., King, K. B. y Johnson, J. E. (1986). Coping with radiation treatment for gynecologic cancer: mood and disruption in usual function. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 5, 271-81.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2004). *Angustia. Guías de tratamiento para pacientes*. Versión I/Julio 2004. Recuperado el 3 de mayo de 2005 de la página web [http://www.nccn.org/patients/patient\\_gls/\\_spanish/pdf/NCCN\\_angustia.pdf](http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/pdf/NCCN_angustia.pdf).
- Noyes, R., Kathol, R. G., Debelius-Enemark, P., Williams, J., Mutgi, A., Suelzer, M. T. et al. (1990). Distress associated with cancer as measured by the Illness Distress Scale. *Psychosomatics*, 31, 321-330.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (10ª revisión) Madrid: Meditor.
- Passik, S. D. y Lowery, A. E. (2010). Recognition and screening of depression in people with cancer. En: D. Kissane, M. Maj y N. Sartorius (Eds.). *Depression and Cancer* (pp.81-100). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Peck, A. y Boland, J. (1977). Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer*, 40, 180-184.
- Pinninti, N. R., Madison, H., Musser, E. y Rissmiller, D. (2003). MINI International Neuropsychiatric Schedule: Clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry*, 18(7), 361-364.
- Plumb, M. y Holland, J. C. (1977). Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. 1. Self-reported depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 39, 264-276.

- Popkin, M. K., Callies, A. L., Colon, E. A. y Stiebel, J. (1990). Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics*, 31, 410-414.
- Prieto, J. M., Atala, J., Blanch, J., Carreras, E., Rovina, M., Cirena, E. et al. (2005). Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6063-6071.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvaeques, C. y Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and mayor depression disorders in cancer inpatients. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 79-83.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I. y Holland, J. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904-1908.
- Sanz, A., Olivares, M.E., Barcia, J.A. (2011). Efectos cognitivos de la radioterapia en gliomas de bajo grado. *Psicooncología* 2011, 8: (2-3): 231-264
- Schain, W. S., D'Angelo, T. M., Dunn, M. E., Lichter, A. S. y Pierce, L. J. (1994). Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy: psychosocial consequences. *Cancer*, 73(4), 1221-1228.
- Sehlen, S., Lenk, M., Herschbach, P., Aydemir, U., Dellian, M., Schymura, B., et al. (2003). Depressive symptoms during and after radiotherapy for head and neck cancer. *Head & Neck*, 25(12), 1004-1018.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et al. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-23.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonora, L. I. et al. (1997). Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sheline, G. E., Wara, W. M. y Smith, V. (1980). Therapeutic irradiation and brain injury. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 6, 1215-1228.
- Spiegel, D. y Glafkides, M. C. (1983). Effects of group confrontation with death and dying. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33(4), 433-447.
- Stiegelis, H. E., Ranchor, A. V. y Sanderman, R. (2004). Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy (Review). *Patient Education and Counseling*, 52, 131-141.
- Stommel, M., Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W. y Given, B. A. (2004). A longitudinal analysis of the course of depressive Symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, o prostate. *Health Psychology*, 23(6), 564-573.
- Strain, J. J. (1998). Adjustment disorders. En J. C. Holland y M. J. Massie (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 509-517). New York-Oxford: Oxford University Press.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Tross, S. y Holland J. (1990). Psychological sequelae in cancer survivors. En J. C. Holland y J. Rowland. *Psycho-oncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 101-116). New York: Oxford University Press.
- Uchitomi, Y., Mikami, I., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, T. y Okamura, H. (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(1), 69-77.

- Vinokur, A. D., Threatt, B. A., Vinokur-Kaplan, D. y Satariano, W. A. (1990). The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. Changes during the first year. *Cancer*, 65(5), 1242-1254.
- Walker, B. L., Nail, L. M., Larsen, L., Magill, J. y Schwartz, A. (1996). Concerns, affect, and cognitive disruption following completion of radiation treatment for localized breast or prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23, 1181-1187.
- Wells, K. B., Golding, J. M. y Burnam, A. (1988). Psychiatric disorders in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145, 976-981.
- Zabora, J. R. (1998). Screening Procedures for Psychosocial Distress. En J. C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (pp. 653-661). New York – Oxford: Oxford University Press.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10 (1), 19-28.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

“FACTORES IMPLICADOS EN LA  
PROLONGACIÓN DE LOS  
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS”



PSEUDÓNIMO:  
GARCILASO

*XVIII Edición del Premio de Psicología  
Rafael Burgaleta*

ACCÉSIT  
XIX Edición del Premio de Psicología  
“Rafael Burgaleta” 2011

## Índice:

<b>1.- Introducción. Un reto para la psicología clínica actual, ser competitivos en la oferta de servicios: la importancia de tratamientos psicológicos eficaces y breves...2</b>	
<b>1.1.- Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos.....2</b>	
<b>1.2.- Objetivo del trabajo.....5</b>	
<b>1.3.- Estructura del trabajo.....5</b>	
<b>2.- Estado actual de la eficacia de los tratamientos psicológicos.....6</b>	
<b>3.- Revisión del estado actual de los factores asociados a la prolongación de los tratamientos.....12</b>	
<b>4.- Trabajo empírico: análisis de los factores asociados a la prolongación de los tratamientos.....15</b>	
<b>4.1.- Análisis cuantitativos.....15</b>	
<b>4.1.1.- Primer estudio: análisis de los factores asociados a la prolongación del tratamiento.....15</b>	
<b>4.1.2.- Segundo estudio: análisis de diferencias entre casos de corta, media y larga duración.....22</b>	
<b>4.1.3.- Principales factores implicados en la prolongación de los tratamientos a partir de los análisis cuantitativos.....29</b>	
<b>4.2.- Análisis cualitativos.....39</b>	
<b>4.2.1.- Tercer estudio: principales características de 10 casos clínicos con tratamiento prolongado.....39</b>	
<b>4.2.2.- Consideraciones sobre los análisis cualitativos de 10 casos clínicos.....69</b>	
<b>5.- Consideraciones finales y propuestas de actuación.....79</b>	
<b>5.1.- Variables sociodemográficas.....79</b>	
<b>5.2.- Variables clínicas.....82</b>	
<b>5.3.- Variables del tratamiento.....87</b>	
<b>5.4.- Variables referidas a la evolución del tratamiento.....89</b>	
<b>5.5.- Resumen y recomendaciones finales.....93</b>	
<b>6.- Referencias.....95</b>	

# **1. Introducción. Un reto para la psicología clínica actual, ser competitivos en la oferta de servicios: la importancia de tratamientos psicológicos eficaces y breves.**

## ***1.1. Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos***

Un reto actual de la Psicología Clínica es ofrecer a sus clientes tratamientos que promuevan su pronta recuperación. Es decir, tratamientos específicos ajustados a la demanda del paciente y que sean eficaces, que le ayuden a superar su problema (APA, 2006;). Un reto adicional es que consigan su eficacia de forma lo más breve posible.

Este aspecto de la brevedad, por supuesto siempre sometido al de eficacia, es de especial relevancia en el momento actual. Si el psicólogo clínico desea ser un profesional competitivo en el área de la salud, no cabe duda de que debe ajustarse a las demandas asistenciales. Lo que quiere decir que debe facilitar una atención eficaz sí, pero también breve, pues no tiene sentido prolongar el sufrimiento de una persona, ni los costos derivados de su atención (Bados, 2005; Lejuez, Hopko y Hopko, 2001; Mueser et al., 2008; Öst, Alm, Brandberg, y Breitholtz, 2001), si puede aliviarse de forma más rápida.

Afortunadamente, en el momento actual, los resultados de la investigación avalan una elevada eficacia de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TEA) (Chambless y Ollendick, 2001; Labrador y Crespo, 2012; Lejuez, Hopko y Hopko, 2001; Mueser et al., 2008; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003), que suelen ser breves y centrados en las características específicas del problema. Las investigaciones desarrolladas en esta dirección, en especial a partir de los años 90 del pasado siglo, han permitido identificar qué tratamientos psicológicos han demostrado de forma empírica su eficacia para cada trastorno psicológico específico. No obstante, casi todo el esfuerzo se ha centrado en evaluar la eficacia de las intervenciones (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2005; Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, Foa, 2000), no su efectividad (utilidad clínica asistencial) o eficiencia (relación costos/beneficios).

Sin embargo, a pesar del valor que supone disponer de TEA, que han mostrado inequívocamente su eficacia en el ámbito de la investigación, hay cierta suspicacia con respecto a las posibilidades de su utilización en el ámbito asistencial. Suspicion que ha llevado en algunos casos a la sospecha de que cuando los TEA se utilizan en el ámbito asistencial su duración se prolonga y su eficacia disminuye. A modo de ejemplo dos referencias: Chambless y Ollendick (2001) comparando estudios de eficacia y efectividad en trastornos de ansiedad señalan que *“en los estudios de efectividad desciende la validez interna [...] y los pacientes no mejoran tanto como en los estudios de eficacia”*. También en el trabajo de Bados, García y Fusté, (2002), se sugiere que los pacientes de los estudios de efectividad mejoran menos que los de eficacia. Entre las razones aludidas para explicar estas posibles diferencias se destaca que, en el ámbito asistencial: 1) los pacientes en los estudios de efectividad suelen presentar comorbilidad y tienen un nivel socioeconómico más bajo, 2) el entrenamiento de los profesionales para manejar el problema es menor, o 3) los objetivos a conseguir son diferentes, cambios de vida más amplios frente a reducción de síntomas específicos.

Ciertamente hay diferencias entre las condiciones de los tratamientos en los estudios de eficacia (ámbito investigación) y de efectividad y eficiencia (ámbito asistencial). Entre estas diferencias se señalan la flexibilidad en la duración del tratamiento y en la elección de técnicas de intervención, el tipo de tratamiento y terapeutas o la presencia de comorbilidad. Es posible que estas diferencias dificulten la generalización de los resultados de los estudios de eficacia al ámbito asistencial. Estas consideraciones, en muchos casos sin más datos, se esgrimen con frecuencia para apuntar que al trasladar los TEA a la práctica asistencial, los porcentajes de mejora parecen reducirse y la duración de los tratamientos alargarse (Rodríguez, 2004; Stirman,



DeRubeis, Crits-Christoph y Rothman, 2005). De hecho, los datos empíricos de los que se disponen no parecen apoyar claramente esta suposición.

Tanto desde el punto de vista ético como profesional, es responsabilidad del psicólogo desarrollar y aplicar procedimientos, en su actuación profesional, que consigan los mejores resultados con el menor coste de tiempo y esfuerzo. Parece, pues, importante investigar si los tratamientos que se han mostrado eficaces, resultan también efectivos cuando se aplican en el ámbito asistencial. Caso de que no sea así y haya diferencias en los resultados terapéuticos, identificar los factores que facilitan o provocan estas diferencias. Los aspectos principales a considerar serán el porcentaje de éxitos terapéuticos y la duración del tratamiento. Un tercer aspecto, no menos relevante que los anteriores, aunque muy relacionado con la duración, es el costo de los tratamientos.

El estudio de la efectividad de los tratamientos, tanto en general como por trastornos ha generado un número importante de trabajos (Botella, 2001; Chambles, y Ollendick, 2001; Espada, Méndez, y Orgilés, 2004; Gibbons et al., 2010; Rapee, Gaston y Abbot, 2009; Stewart y Chambless, 2009), pero son más bien escasos los trabajos dirigidos a estudiar la duración de los tratamientos.

Los resultados sobre la efectividad de los tratamientos señalan que estos son relativamente eficaces. Aunque con variaciones importantes entre personas y problemas, se puede señalar, de acuerdo con el trabajo de Labrador (2012), que un 68% de los pacientes que acuden a tratamiento acaban con un alta terapéutica, que la duración promedio de los tratamientos no es elevada (14 sesiones) y que los costos son asimismo contenidos (algo menos de 1.000 euros).

Sin embargo, aunque la duración media de los tratamientos es contenida, algunos casos parecen complicarse y se prolongan de forma importante. De cara a

mejorar el quehacer profesional de los psicólogos clínicos, sería importante identificar las causas de esta prolongación, o al menos los factores que parecen asociados a ésta (Kazdin, 2008). Pero son escasos los estudios al respecto en el ámbito asistencial, además la mayoría se centran en considerar por qué se prolongan los tratamientos psicológicos en un problema específico, no de forma general. Por otro lado también han aparecido discrepancias en los resultados. En definitiva, el estado actual de la cuestión, que se revisará más adelante, no aporta información suficiente para precisar qué factores pueden ser los responsables de la prolongación de los tratamientos y en consecuencia cómo actuar para evitar este problema. Este es el objetivo del presente trabajo.

### ***1.2. Objetivo del trabajo***

**Identificar qué factores se asocian a la prolongación de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados en su aplicación en el ámbito asistencial.**

En este trabajo se considerarán tanto los factores relacionados con las características de los pacientes (sociodemográficos, personales, contextuales y clínicos, etc.), como los relacionados con el tipo de trastorno y con el propio proceso terapéutico. Además, dada la situación inicial del ámbito de estudio, para su realización se utilizará tanto una metodología cuantitativa (análisis estadísticos de las variables consideradas en la muestra de casos utilizada), como una metodología cualitativa (análisis individualizado de 10 casos clínicos). Esta doble metodología, única hasta la fecha en este ámbito de investigación, parece de especial relevancia para la identificación y confirmación de los factores más relevantes.

### ***1.3. Estructura del trabajo***

El presente trabajo se estructura en seis partes. Tras el apartado de introducción, se desarrollan dos partes dirigidas a la revisión del estado actual de la cuestión sobre: (parte 2) la eficacia de los tratamientos psicológicos y (parte 3) los factores asociados a la prolongación de los tratamientos. La parte 4 presenta el trabajo empírico realizado, en el que se analizan los resultados de los tratamientos, tanto de forma cuantitativa (análisis de resultados en una muestra de 419 pacientes en el estudio 1 y 349 en el estudio 2), como cualitativa (análisis pormenorizados del tratamiento de 10 casos clínicos). En la parte 5, tras integrar los resultados obtenidos de los análisis anteriores así como del estado de la cuestión, se identifican y caracterizan de forma individualizada cada uno de los factores relevantes para la prolongación de los tratamientos, señalándose directrices y sugerencias para manejar y reducir la duración de los tratamientos psicológicos. En la parte sexta se incluye la bibliografía citada.

## **2. Estado actual de la eficacia de los tratamientos psicológicos**

A lo largo de las últimas 6 décadas, la necesidad de llevar a cabo una valoración en profundidad de la eficacia de las terapias psicológicas ha ido imponiéndose con fuerza en ámbito de la Psicología Clínica. Las razones son múltiples, desde la necesidad de asentar la presencia de las terapias psicológicas en un contexto tecnológico competitivo y cambiante, a la conveniencia de desarrollar estándares que eviten una práctica clínica fragmentada, de baja calidad o ajena a los nuevos desarrollos teóricos. Los avances que se han ido sucediendo, envueltos generalmente en polémicas más o menos agrias, han ido en la línea de maximizar la especificidad de lo que se pone a prueba, buscando dilucidar qué tratamientos son eficaces, aplicados por quién, para un individuo concreto en unas determinadas circunstancias (Labrador, Echeburúa y

Becoña, 2000; Rodríguez, 2004). Los avances se han referido también a las herramientas metodológicas y el grado de rigor que han de dar respuesta a estas preguntas. Gracias a ello se dispone a fecha de hoy un grupo más o menos amplio de tratamientos que han demostrado su eficacia y su especificidad para tratar a un conjunto de patologías que va creciendo poco a poco de manera prometedora.

Pionero en este esfuerzo fue el grupo de trabajo sobre tratamientos empíricamente apoyados (“Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures”) de la Division 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA), que a lo largo de los años 90 fue desarrollando su informe sobre los tratamientos psicológicos con aval empírico. El informe reunía una serie de criterios metodológicos claros para la valoración de los tratamientos psicológicos, basados en la replicabilidad de los tratamientos mediante el desarrollo de manuales, la presencia de grupos de comparación (otros tratamientos o grupos de control), el uso de diseños experimentales claros y de muestras bien especificadas (ver tabla 1). En función del grado de observancia de estas características, se adscribía a los tratamientos a un determinado nivel de eficacia: tratamientos empíricamente validados, tratamientos probablemente eficaces, o tratamientos experimentales (ver tabla 2). Otros criterios, esencialmente similares a los de Chambless et al., (1998) han sido desarrollados posteriormente por otros equipos de investigación (Kendal y Chambless, 1998; Nathan y Gorman, 1998; Roth y Fonagy, 1996; Spirito, 1999), desarrollando otras categorías como las de los tratamientos eficaces y específicos (superiores no sólo a la ausencia de tratamiento, sino a otros tratamientos), o los tratamientos prometedores (con al menos un estudio riguroso que siga los criterios metodológicos propuestos).

*Tabla 1. Requisitos de los tratamientos empíricamente validados. (Chambless et al., 1998, p. 8)*

---

I.	Uso de buenos diseños experimentales
II.	Comparación de la intervención con otro tratamiento, fármaco o placebo psicológico, comprobándose si es: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Superior (estadísticamente significativo) a fármaco o placebo psicológico, o a otro tratamiento.</li> <li>● Equivalente a un tratamiento bien establecido en experimentos con un tamaño muestral adecuado.</li> </ul>
III.	Los experimentos serán llevados a cabo con manuales de tratamiento.
IV.	Las características de la muestra deben estar claramente especificadas.
V.	Los efectos deberán estar demostrados por, al menos, dos investigadores distintos o dos equipos de investigación diferentes.

---

*Tabla 2. Grado de validación empírica de los tratamientos. (Chambless et al., 1998, p. 8)*

---

Tratamientos bien establecidos	Al menos dos buenos diseños experimentales entre grupos demostrando la eficacia del tratamiento  Una serie importante de diseños experimentales de caso único (igual o superior a 9) demostrando eficacia.
Tratamientos probablemente eficaces	Dos experimentos demostrando que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) a un grupo de control de lista de espera  Uno o más experimentos cumpliendo los criterios para tratamientos bien establecidos (v. tabla 3) pero no el V.  Una pequeña serie de diseños experimentales de caso único (igual o superior a 3) que cumpla los criterios II, III y IV para los tratamientos bien establecidos (v. tabla 3).
Tratamientos experimentales	Tratamientos no puestos a prueba en ensayos que satisfagan los criterios metodológicos de la Task Force.

---

La primera versión del informe incluía también un listado de 25 tratamientos considerados inicialmente como tratamientos empíricamente validados mediante la revisión de revistas y bases de datos, e información sobre la enseñanza de estos

tratamientos en programas de formación, doctorado y postgrado en Psicología Clínica. El número de tratamientos incluidos en el listado crece hasta 33 en la revisión de 1996 (Chambless *et al.*, 1996) y 71 en la revisión de 1998 (Chambless *et al.*, 1998). Desde entonces, en el sitio web de la División 12 hay un listado actualizado de los tratamientos con apoyo empírico para su consulta por el público y especialistas (APA, 2012). El listado de tratamientos incluye básicamente intervenciones puestas a prueba en ensayos clínicos controlados, lo que implica un elevado control metodológico, una intervención estandarizada (manualizada) y con una duración temporal claramente delimitada. Como se puede apreciar en la Tabla 3, la duración de los tratamientos empíricamente apoyados que cuentan con un nivel de apoyo empírico fuerte (tratamientos eficaces y específicos) es generalmente inferior a las 20 sesiones, si bien en condiciones más crónicas, como las psicosis o el trastorno bipolar, la duración de las intervenciones se mide no por sesiones sino por semanas o meses, como es el caso de los programas de empleo con apoyo (Lehman, Goldberg, Dixon, McNary, Postrado, Hackman y McDonnell, 2002).

Sin embargo, estos programas de tratamiento han sido criticados por realizarse en condiciones propias del ámbito investigador, alejadas de las condiciones, objetivos y prácticas habituales del contexto asistencial (Seligman, 1995). Por ello es importante decisivo establecer si en la práctica clínica habitual estos tiempos y protocolos de intervención también son válidos, (mediante estudios de efectividad o utilidad clínica). También detectar aquellos casos en que no lo son, con el fin de analizar las razones y obstáculos que impiden su desarrollo en los tiempos óptimos o si, tal y como algunos autores han venido señalando, las intervenciones en el medio natural resultan más largas e incluso menos eficaces (Chambless y Ollendick, 2001).

En la tabla 3, se incluyen los tratamientos empíricamente apoyados (TEA), con el mayor grado de evidencia (bien establecidos), y su duración, según el APA. .

Tabla 3. Duración de los tratamientos empíricamente apoyados, con grado de eficacia fuerte o "bien establecida", según criterios APA (Div. 12) (APA, 2012) para los diferentes trastornos psicológicos en adultos

Grupo diagnóstico	Diagnóstico	Tratamiento	Nº de sesiones del tratamiento
Tr. de ansiedad	Trastorno de pánico	Terapia cognitivo conductual	12-16 sesiones
	Fobia social	Terapia cognitivo conductual	12-16 sesiones
	Trastorno obsesivo compulsivo	Exposición con prevención de respuesta Terapia cognitiva	12-16 sesiones 16 sesiones
	Trastorno de ansiedad generalizada	Terapia cognitivo conductual	16-20 sesiones
	Fobias	Terapia de Exposición Exposición prolongada	1-5 sesiones 16 sesiones
Tr. del estado de ánimo	Estrés Postraumático	Terapia de reprocesamiento cognitivo	12 sesiones
	Tr. Bipolar	Psicoeducación	21 sesiones
	Tr. Depresivo mayor	Cuidado sistemático Activación conductual	Hasta 43 sesiones 20 sesiones
		Terapia Cognitivo Conductual	12 -16 sesiones
		Terapia Interpersonal	16 sesiones
Tr. de la personalidad	Tr. Límite de la personalidad	Terapia Dialéctico comportamental	Aproximadamente 80 sesiones (un año de tratamiento)

Grupo diagnóstico	Diagnóstico	Tratamiento	Nº de sesiones del tratamiento
Trastornos de la conducta alimentaria	Anorexia nerviosa	Tratamiento basado en la familia	20 sesiones
	Bulimia nerviosa	Terapia Cognitivo Conductual Terapia interpersonal	Aproximadamente 20 Aproximadamente 20
Tr. Psicóticos y enfermedad mental grave	Esquizofrenia	Entrenamiento en habilidades sociales	24-48 sesiones
		Terapia cognitivo conductual para la esquizofrenia	20 sesiones
		Tratamiento asertivo comunitario	18 meses
Tr. relacionados con sustancias	Adicciones en general	Psicoeducación para familias	Aproximadamente 12
		Empleo con apoyo	2 años
		Remediación cognitiva	50 sesiones
		Manejo de contingencias para el abuso de sustancias	8-24 semanas
		Entrevista motivacional	4 sesiones
Problemas de sueño	Dependencia del alcohol	Terapia conductual de pareja para el abuso del alcohol	12-20 sesiones
	Insomnio	Terapia cognitivo conductual (con restricción de tiempo en cama, control estimular, relajación muscular e intención paradójica)	2-10 sesiones



### **3. Revisión del estado actual de los factores asociados a la prolongación de los tratamientos**

Retomado lo señalado, es evidente que uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la Psicología Clínica actual es el de conseguir resultados positivos, en un breve período de tiempo. La investigación, encaminada a desarrollar protocolos de actuación y programas de tratamiento, avala reiteradamente la consecución de éxito terapéutico, tanto en el postratamiento, como en los seguimientos, en un número corto de sesiones (Bados, 2005; Labrador y Alonso, 2007; Le-juez *et al.*, 2001; Mueser *et al.*, 2008; Öst *et al.*, 2001).

Además, múltiples trabajos destacan la importancia de conseguir mejorías en las primeras sesiones, señalando que conforme se prolongan los tratamientos éstas se van reduciendo. Así, en el estudio de Howard, Kopta, Krause y Or-linsky (1986) se señala que el 58% de los pacientes mejoran en las primeras siete sesiones; y que a partir de la vigésimo sexta, el número de pacientes que obtienen mejoría sigue una curva negativamente acelerada. Resultados similares apuntan Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen, y Nielsen (2009); Barkham *et al.* (2006) y Kopta (2003), indicando que dosis elevadas de sesiones comienzan bien a “intoxicar” la eficacia de la intervención, bien a mantener estáticas las mejorías siguiendo éstas un curso asintótico. En la misma línea, Shapiro, Rees, Barkham y Hardy (1995), encuentran que ocho sesiones producen los mismos logros terapéuticos que dieciséis en el tratamiento para la depresión.

Respecto a los factores implicados en la prolongación de los tratamientos, hay pocos estudios, centrándose los existentes en analizar la influencia de factores sociodemográficos y/o variables clínicas, como el tipo de trastorno, su severidad, la presencia de comorbilidad o haber recibido algún tratamiento anterior. Hay que destacar que la mayoría de estos estudios se centran en un trastorno específico.

a) *Factores no clínicos*: Algunos trabajos analizan la influencia de *factores no clínicos*, en la prolongación de los tratamientos de problemas depresivos. Barnow, Linden y Schaub (1997) encuentran que ser mujer, mayor de 46 años y estar viuda o divorciada se relacionan con una prolongación de la hospitalización en el tratamiento de la depresión. Por el contrario Koss (1980), señala que variables como sexo, ocupación, estado civil, edad, educación y cociente intelectual no influían en un mayor número de sesiones. Estupiñá, Aranda, Ballesteros, Sánchez, García-Vera y Sanz (2008), también coinciden en que la edad o el estado civil no son relevantes para la prolongación del tratamiento de trastornos depresivos.

b) *Tipo de diagnóstico*: se atribuye una mayor duración del tratamiento a ciertos *grupos diagnósticos* como la esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias o de la conducta alimentaria. Así, Vallina y Lemos (2001), al revisar los tratamientos para la esquizofrenia, señalan que, con excepción de la terapia de cumplimiento diseñada para el período de internamiento en fase aguda, que suele constar de 4-6 sesiones, las intervenciones tiene una duración en torno a las 20 sesiones. Es más, indican que actualmente se tiende hacia una ampliación del período de tratamiento, pues los datos señalan que de esta forma se mejoraría la prevención de recaídas. Secades y Fernández (2001), en trastornos por abuso de sustancias, resaltan que las técnicas conductuales muestran mejores resultados cuando se utilizan, no de forma aislada sino dentro de programas multicomponentes más amplios, lo que requiere tratamientos más prolongados. Saldaña (2001) subraya la necesidad de trabajar múltiples objetivos terapéuticos en pacientes con anorexia, también que estos pacientes presentan mayores tasas de comorbilidad, en especial con trastornos de ansiedad, lo que correlaciona con peores resultados y tratamientos más largos.

c) La *comorbilidad*: es una de las variables más mencionadas. En los estudios de eficacia se excluyen los pacientes que presentan otro tipo de patologías, pero en la práctica clínica asistencial se supone que la comorbilidad es algo habitual. Quiroga y Errasti (2001), señalan que numerosas publicaciones muestran que los pacientes que reciben un tratamiento para un trastorno del Eje I (ansiedad, depresión, consumo de drogas, etc.), si presentan comorbilidad con algún trastorno del Eje II suelen obtener peores resultados terapéuticos. También O'Connor y Stewart (2010) indican que la presencia de comorbilidad lleva a peores resultados en el tratamiento de los trastornos de consumo de sustancias. Morrison, Bradley y Westen (2003) señalan que cuando concurren ansiedad y depresión se incrementa sustancialmente la duración del tratamiento. Deveney y Otto (2010) subrayan que la depresión comórbida con un trastorno de ansiedad se asocia con un incremento en la severidad clínica y suele requerir más sesiones y/o estrategias de tratamiento. Por último, Estupiñá et al. (2008) sugieren que en el trastorno depresivo el número de diagnósticos comórbidos predice el alargamiento de la terapia.

d) *Existencia de tratamientos previos*: Haber recibido *tratamientos* previos se asocia a una mayor duración del tratamiento. Para Lin (1998) es uno de los factores que generan terapias más largas. Muñiz (2004) indica que la duración del tratamiento está relacionada con la existencia de algún tratamiento anterior, el uso de medicación, la gravedad y tiempo de evolución de la queja. Aunque Koss (1979), no encuentra relación entre haber recibido un tratamiento psicológico previo y la longitud del tratamiento.

e) *Severidad de los síntomas*: Respecto a la *severidad de los síntomas*, ni Korobkin, Herron y Ramírez (1998), ni Estupiñá et al. (2008) encuentran que sea una variable predictora de la duración del tratamiento en trastornos de ansiedad y depresión.

Otras variables señaladas en la literatura, aunque menos tratadas en los estudios cuantitativos por la dificultad en su medida, se relacionan con el paciente (expectativas, cumplimiento del tratamiento y aceptación de la enfermedad) y con la relación terapéutica (habilidades del terapeuta y cumplimiento, por el paciente, de las tareas prescritas). Así, Eckert (1993), Reynolds, Stiles, Barkham, Shapiro, Hardy y Rees (1996) y Barkham et al. (2006) encuentran que variables como la imposición de un tiempo de duración límite de la terapia influyen en una mayor reducción de síntomas, pudiendo conformarse ésta como un factor motivacional, relacionado con las expectativas del paciente, que repercute en que los tratamientos se acorten.

En resumen, la escasez de estudios al respecto, el que la mayoría se centren en un trastorno concreto y las discrepancias en los resultados, no aportan suficiente información para precisar qué factores pueden ser los responsables de la prolongación de los tratamientos. Éste es el objetivo del presente trabajo.

#### **4. Trabajo empírico: Análisis de los factores asociados a la prolongación de los tratamientos**

Todos los pacientes considerados en el estudio fueron informados al inicio de su tratamiento de que sus datos clínicos podían ser usados para fines investigadores siempre que se respetara su anonimato, ante lo que podían ejercer sus derechos de acceso, cancelación y rectificación. En aras de la confidencialidad, algunos datos de los casos clínicos han sido modificados para evitar la identificación.

##### ***4.1. Análisis cuantitativos***

###### ***4.1.1. Primer estudio: Análisis de factores asociados a la prolongación del tratamiento***

El objetivo es identificar, en un amplio grupo de pacientes con diferentes diagnósticos, factores responsables de la prolongación de los tratamientos en la práctica profesional.

## **Método**

### *Participantes*

*Descripción del centro.* El estudio se realizó en una clínica universitaria, reconocida como Centro Sanitario por la Comunidad Autónoma correspondiente.

*Terapeutas.* La clínica cuenta con catorce psicólogos, dos de los cuales son supervisores/coordinadores. Doce son psicólogos-residentes durante dos años, la mayoría mujeres, con edades entre 24-28 años. Todos son Licenciados en Psicología con al menos un título de postgrado de nivel Magíster, que acredita su especialización en Psicología Clínica y de la Salud.. Tienen una formación Cognitivo-Conductual y entre uno y tres años de práctica clínica supervisada previa a su incorporación a la clínica. Sus intervenciones pueden estar supervisadas por profesionales de reconocido prestigio en Psicología Clínica y de la Salud, y/o Psiquiatría.

*Pacientes.* La clínica está abierta al público general y acepta todo tipo de pacientes que no requieran hospitalización, a demanda de los mismos y a precios de mercado.

### *Variables*

*Sociodemográficas:* sexo, edad, estado civil, profesión, situación laboral, nivel de estudios.

*Prolongación de los tratamientos:* Número de sesiones de tratamiento excluyendo sesiones de evaluación y seguimiento.

*Características clínicas:* grupo diagnóstico (DSM-IV-TR) establecido por los terapeutas a través de entrevistas semiestructuradas y autorregistros y cuestionarios validados a tal efecto el 73,8%. De la misma manera fue evaluada la comorbilidad (presencia de un segundo diagnóstico), haber recibido algún tratamiento anterior y número de técnicas aplicadas durante la intervención.

### *Procedimiento*

A partir de la base de datos de la clínica, que incluía a los pacientes atendidos entre Junio de 1999 y febrero del 2008, se seleccionaron los casos que habían recibido alguna sesión de tratamiento o alguna técnica, y cuyo tratamiento ya había finalizado con éxito (*altas*), por haber conseguido todos los objetivos terapéuticos propuestos al comienzo de la intervención. Se obtuvo una muestra de 419 pacientes.

### *Análisis de datos*

Para identificar qué variables predecían la mayor duración del tratamiento se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos sucesivos, siendo la variable dependiente el número de sesiones de tratamiento y posibles variables predictoras la edad, la presencia de comorbilidad, la existencia de un tratamiento previo, el grupo diagnóstico y el número de técnicas aplicadas durante la intervención. La variable comorbilidad se dicotomizó según presentaran o no un segundo diagnóstico. La variable grupo diagnóstico se transformó en distintas variables según presentaran o no, como diagnóstico principal, alguno de los diagnósticos pertenecientes a los distintos grupos (trastorno de consumo de sustancias, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos sexuales, trastornos del

control de impulsos, trastornos de la personalidad, trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, otros problemas objeto de atención clínica, trastornos del sueño, o sin diagnóstico).

## Resultados

### *Características sociodemográficas (n = 419)*

Los datos correspondientes pueden verse en la Tabla 1. Destaca que la mayoría son mujeres (78,7%), solteras (68,5%), aproximadamente la mitad estudiantes (46,1%) o trabajadoras (46%) y con al menos estudios secundarios (82,1%).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 419)**

Edad M (DT)	29,18 (13,1)
Sexo n (%)	
Varones	131 (31,3)
Mujeres	288 (68,7)
Estado Civil n (%)	
Solteros	287 (68,5)
Casados	111 (26,5)
Separados/Divorciados/ Viudos	21 ( 5,0)
Nivel de estudios n (%)	
Primarios incompletos	35 ( 8,4)
Primarios completos	40 ( 9,5)
Secundarios	126 (30,1)
Diplomados Universitarios	84 (20,0)
Licenciados	134 (32,0)
Profesión /Situación laboral n (%)	
Estudiante	193 (46,1)
Personal Administración de Servicios	72 (17,2)
Profesional/ Técnico	61 (14,6)
Ama de casa	12 ( 2,9)
Directivo/ Gerente/Empresario	20 ( 4,7)
Obrero	15 ( 3,6)
Parados y Jubilados	21 ( 5,0)
Otros	25 ( 5,9)

### *Características clínicas*

Los datos pueden verse en la Tabla 2. Destaca que el principal grupo diagnóstico es trastornos ansiedad, el 30% presenta diagnóstico comórbido y casi la mitad (47,5%) recibió un tratamiento anterior.

El número de sesiones de tratamiento osciló entre 0 y 66, siendo la mediana 11 (media 13,9; desviación típica 10,83); el 75,3% (n = 368) de los sujetos recibió 18 ó menos. El número de técnicas aplicadas durante la intervención osciló entre 1 y 13, siendo la mediana 7 (media 6,7; desviación típica 2,4).

**Tabla 2. Características clínicas y de tratamiento de la muestra (n = 419)**

<b>Grupo diagnóstico n (%)</b>	
Trastorno por consumo de sustancias	2 ( 0,5)
Esquizofrenia	10 ( 2,4)
Trastorno del estado del ánimo	39 ( 9,3)
Trastorno de ansiedad	148 (35,3)
Trastornos adaptativos	25 ( 6,0)
Trastornos disociativos	3 ( 0,7)
Trastornos somatomorfos	8 (1,9)
Trastornos de la conducta alimentaria	6 (1,4)
Trastornos sexuales	7 (1,7)
Trastornos del control de impulsos	9 (2,1)
Trastornos de la personalidad	17 (4,1)
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	21 (5,0)
Otros problemas objeto de atención clínica	65 (15,5)
Trastornos del sueño	2 (0,5)
Códigos adicionales o sin diagnóstico	57 (13,6)
<b>Comorbilidad n (%)</b>	
No	293 (69,9)
Si	196 (30,1)
<b>Tratamientos anteriores n (%)</b>	
No	220 (52,5)
Si	199 (47,5)

#### *Factores asociados a una mayor duración del tratamiento*

Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple se presentan en la Tabla 3

**Tabla 3. Análisis de regresión múltiple por pasos sucesivos de (n = 419)**

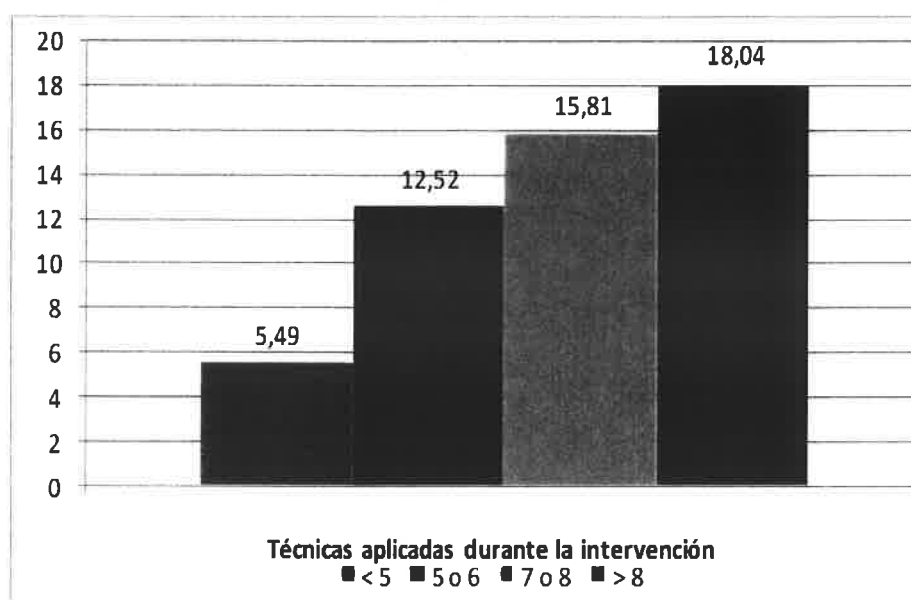


	$\beta$	$\Delta R^2$	P
Número de técnicas aplicadas	.331	.15	.001***
Comorbilidad	.137	.019	.002***
Tratamientos anteriores	.107	.011	.005***
T estado de ánimo	.098	.008	.02*
T conducta alimentaria	.094	.006	.04*
<b>Total de varianza explicada: 19,4%</b> *p<.05; ** p <.01; *** p<.001			

El número de técnicas aplicadas durante la intervención era el factor que explicaba un mayor porcentaje de la varianza (15%). La presencia de diagnóstico comórbido (1,9%), y haber recibido un tratamiento anterior (1,1%), explican poco, lo mismo que la pertenencia a algún grupo diagnóstico concreto (trastorno del estado de ánimo o trastorno de la conducta alimentaria) que no llega al 1% en cada caso. En total explicaban el 19,4% de la varianza.

Al agrupar el *número de técnicas utilizadas a lo largo de la intervención* en cuatro categorías de acuerdo a percentiles (menos de 5; 5-6; 7-8 y más de 8), se constata una alta correspondencia entre número de técnicas y sesiones. Así, los pacientes (n = 90) que recibieron más de 8 técnicas promediaron 18 sesiones (DT = 12,1); los pacientes (n = 73) que recibieron menos de 5 promediaron 5,5 sesiones (DT = 5,3). Destaca la alta variabilidad, en especial en los casos con mayor número de sesiones. Ver figura 1.

**Figura 1: Promedio de sesiones según el número de técnicas aplicadas**



Los pacientes con *diagnóstico comórbido* recibían un número de sesiones (media = 16,8; DT = 10,8) superior a los que no lo presentaban (media = 12,4; DT = 10,1). Pero el porcentaje de varianza explicado por este factor (1,9%), así como el de haber recibido un tratamiento anterior (1,1%) es bajo, quizás debido a la gran variabilidad.

**Tabla 4. Media de sesiones por grupo diagnóstico en el total de la muestra (n = 419)**

Grupo diagnóstico n (%)	Media (DT)
Trastornos de la conducta alimentaria	24,2 (10,6)
Trastorno por consumo de sustancias	20,5 (7,8)
Trastornos somatomorfos	19,9 (12,2)
Trastorno del estado del ánimo	17,6 (13,1)
Esquizofrenia	16,0 (14,7)
Trastornos de la personalidad	15,5 (7,8)
Trastorno de ansiedad	13,7 (9,6)
Trastornos disociativos	13,7 (3,8)
Trastornos del control de impulsos	13,0 (16,0)
Trastornos del sueño	13,0 (5,6)
Trastornos adaptativos	12,9 (9,8)
Trastornos sexuales	12,6 (9,0)
Otros problemas objeto de atención clínica	11,7 (9,2)
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	10,8 (8,3)
Códigos adicionales o sin diagnóstico	10,7 (10,8)

#### 4.1.2. Segundo estudio: Análisis de diferencias entre estudios de corta, media y larga duración

En el estudio anterior se encontró que los factores que mejor explicaban la duración del tratamiento eran, por este orden, el número de técnicas aplicadas, la presencia de comorbilidad, haber recibido un tratamiento anterior y presentar un trastorno del estado de ánimo o de la conducta alimentaria. Sin embargo, estos resultados están limitados por el bajo porcentaje de varianza explicado, debido en gran medida a la variabilidad intersujetos. Por ello, se decidió realizar un segundo estudio con el objetivo de analizar las diferencias en variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento dividiendo a los pacientes en casos de corta, media y larga duración.

En función de los resultados obtenidos en el estudio anterior y de la revisión de la literatura se espera que los casos de larga duración presenten (1) un mayor número de técnicas aplicadas en el tratamiento; (2) una mayor presencia de comorbilidad; (3) mayor número de pacientes que han recibido un tratamiento anterior; (4) diferencias significativas en el tipo de trastornos, con una mayor presencia de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos del estado de ánimo.

#### **Método**

*Participantes:* Se empleó la misma muestra de pacientes que en el estudio anterior..

#### *Variables*

*Sociodemográficas:* mediante un cuestionario construido *ad hoc* se recogía el sexo, la edad, el estado civil, profesión, situación laboral y nivel de estudios.

*Características clínicas:* grupo diagnóstico al que pertenecía el diagnóstico establecidos por los terapeutas (según criterios DSM-IV-TR), comorbilidad (presencia de un segundo diagnóstico), prescripción de fármacos, haber recibido algún tratamiento

anterior, número de tratamientos anteriores; recogidas en el proceso de evaluación mediante entrevista clínica, registros y cuestionarios.

*Características del tratamiento:* número de objetivos terapéuticos establecidos al inicio del tratamiento, número de técnicas aplicadas en la intervención y haber recibido apoyo farmacológico durante la intervención; tomados del informe final de resultados.

La variable independiente fue la *duración del tratamiento*, en función del número de sesiones de tratamiento se establecieron tres grupos (corta, media y larga duración).

### *Procedimiento*

A partir de la base de datos de la clínica, se seleccionaron los casos que habían recibido al menos cinco sesiones de tratamiento, y cuyo tratamiento ya había finalizado con éxito (*altas*), es decir, se habían conseguido todos los objetivos terapéuticos propuestos al comienzo de la intervención. Se obtuvo una muestra de 349 pacientes.

A partir de los percentiles se formaron grupos con un número similar de pacientes:

- a) Casos de corta duración: recibieron entre 5-10 sesiones de tratamiento (n = 120).
- b) Casos de media duración: recibieron entre 11 -18 sesiones (n = 125).
- c) Casos de larga duración: recibieron más de 18 sesiones de tratamiento (n = 104).

### *Análisis de datos*

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para ver las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de la muestra en general y por grupos.

Se contrastó mediante la prueba de Kruskal-Wallis las diferencias entre los tres grupos en las variables cualitativas (sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, comorbilidad, haber recibido un tratamiento anterior).

Se realizaron análisis de varianza para ver si había diferencias entre los tres grupos en las variables cuantitativas (edad, número de tratamientos anteriores, número de objetivos planteados antes de la intervención, número de técnicas aplicadas). Se comprobó la homogeneidad de las varianzas con la prueba de Levene, en los casos en los que la varianza de los grupos no era igual en lugar de ANOVA se utilizó la prueba robusta de igualdad de medias de Welch para comprobar si existían diferencias significativas entre las medias. Se realizó un análisis posterior (prueba a posteriori de Tukey) para comprobar la diferencia entre todos los pares de las medias.

## **Resultados**

### *Características sociodemográficas*

Los datos pueden verse en la Tabla 1. En la muestra general destaca que la mayoría son mujeres (70,2%), solteras (66,8%), aproximadamente la mitad estudiantes (45.3%) o trabajadoras (40,5%) y con al menos estudios secundarios (83.6%).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 349)**

Edad M (DT) (Rango)	29,7 (12,6) (4-68)
Sexo n (%)	
Varones	104 (29,8)
Mujeres	245 (70,2)
Estado Civil n (%)	
Solteros	233 (66,8)
Casados	100 (28,7)
Separados/Divorciados/ Viudos	16 (4,6)
Nivel de estudios n (%)	
Primarios incompletos	23 (6,6)
Primarios completos	34 (9,7)
Secundarios	104 (29,8)
Diplomados Universitarios	71 (20,6)
Licenciados	116 (33,2)
Profesión /Situación laboral n (%)	
Estudiante	158 (45,3)
Personal Administración y Servicios	61 (17,5)
Profesional/ Técnico	52 (14,9)
Ama de casa	12 (3,4)
Directivo/ Gerente/Empresario	17 (4,9)
Obrero	11 (3,2)
Parados y Jubilados	18 (4,6)
Otros	20 (5,7)

#### *Características clínicas y de tratamiento*

Los datos pueden verse en la Tabla 2. Destaca que el principal grupo diagnóstico es trastornos ansiedad (37%), el 33,5% presenta diagnóstico comórbido, casi la mitad (49%) recibió un tratamiento anterior. La mayoría no recibieron apoyo farmacológico (79,1%). La media de objetivos terapéuticos fue 7,7, y 1 de técnicas de intervención 7,2.

**Tabla 2. Características clínicas y de tratamiento de la muestra (n = 349)**

---

Grupo diagnóstico n (%)	
Trastorno por consumo de sustancias	2 ( 0,6)
Esquizofrenia	8 ( 2,3)
Trastorno del estado del ánimo	35 (10,0)
Trastorno de ansiedad	130 (37,2)
Trastornos adaptativos	22 ( 6,3)
Trastornos disociativos	3 ( 0,9)
Trastornos somatomorfos	7 ( 2,0)
Trastornos de la conducta alimentaria	6 ( 1,7)
Trastornos sexuales	6 ( 1,7)
Trastornos del control de impulsos	9 ( 2,6)
Trastornos de la personalidad	16 ( 4,6)
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	15 ( 4,3)
Otros problemas objeto de atención clínica	52 (14,9)
Trastornos del sueño	2 ( 0,6)
Códigos adicionales o sin diagnóstico	36 (10,3)

---

*Diferencias en variables sociodemográficas*

La Tabla 3 muestra las características sociodemográficas de los tres grupos. No apareció ninguna diferencia significativa entre los tres grupos.

**Tabla 3. Características sociodemográficas de los casos de corta y larga duración (n = 349)**

	<b>Casos de corta duración n = 120</b>	<b>Casos de media duración n = 125</b>	<b>Casos de larga duración n = 104</b>
Edad M (DT) (Rango)	27,9 (12,5) (4-64)	31,5 (12,9) (6-68)	29,8 (12,2) (5-58)
Sexo n (%)			
Varones	32 (26,7)	36 (28,8)	36 (34,6)
Mujeres	88 (73,3)	89 (71,2)	68 (65,4)
Estado Civil n (%)			
Solteros	84 (70,0)	75 (60,0)	74 (71,2)
Casados	29 (24,2)	43 (34,4)	28 (26,9)
Separados/Divorciados/Viudos	7 ( 5,8)	7 ( 5,6)	2 ( 1,9)
Nivel de estudios n (%)			
Primarios incompletos	10 (8,3)	8 ( 6,4)	5 ( 4,8)
Primarios completos	11 (9,2)	15 (12,0)	8 ( 7,7)
Secundarios	29 (24,2)	38 (30,4)	37 (35,6)
Diplomados Universitarios	28 (23,3)	23 ( 8,4)	21 (20,2)
Licenciados	42 (35,0)	41 (32,8)	33 (31,7)
Profesión /Situación laboral n (%)			
Estudiante	55 (45,8)	54 (43,2)	49 (47,1)
Profesional/ Técnico	21 (17,5)	12 ( 9,6)	19 (18,3)
Personal Admón y Servicios	23 (19,1)	24 (19,2)	14 (13,5)
Ama de casa	3 ( 2,5)	5 ( 4,0)	4 ( 3,8)
Directivo/Gerente/ Empresario	6 ( 5,0)	9 ( 7,2)	2 ( 2,0)
Obrero	2 ( 1,6)	4 ( 3,2)	5 ( 4,8)
Parados/Jubilados	5 ( 4,2)	7 ( 4,0)	6 ( 5,8)
Otros	5 ( 4,2)	9 ( 8,0)	5 ( 4,8)

*Diferencias en variables clínicas y de tratamiento*

La Tabla 4 muestra las características clínicas y de tratamiento de los casos de corta, media y larga duración, así como sus diferencias significativas.



**Tabla 4. Características clínicas y de tratamiento de los casos de corta, media y larga duración (n = 349)**

	<b>Casos de corta duración n = 120</b>	<b>Casos de media duración N = 125</b>	<b>Casos de larga duración n = 104</b>
<b>Grupo diagnóstico n (%)</b>			
T por consumo de sustancias	0 ( 0,0)	1 ( 0,8)	1 ( 1,0)
Esquizofrenia	2 ( 1,7)	3 ( 2,4)	3 ( 2,9)
T del estado del ánimo	9 ( 7,5)	14 (11,2)	12 (11,5)
T de ansiedad	42 (35,0)	42 (41,6)	36 (34,6)
T adaptativos	10 ( 8,3)	8 ( 6,4)	4 ( 3,8)
T disociativos	0 ( 0,0)	3 ( 2,4)	0 ( 0,0)
T somatomorfos	1 ( 0,8)	2 ( 1,6)	4 ( 3,8)
T conducta alimentaria	1 ( 0,8)	0 ( 0,0)	5 ( 4,8)
T sexuales	3 ( 2,5)	1 ( 0,8)	2 ( 1,9)
T control de impulsos	3 ( 2,5)	3 ( 2,4)	3 ( 2,9)
T personalidad	3 ( 2,5)	6 ( 4,8)	7 ( 6,7)
T inicio en infancia, niñez o adolesc.	6 ( 5,0)	6 ( 4,8)	3 ( 2,9)
Otros problemas objeto de atención clínica	24 (20,0)	14 (11,2)	14 (13,5)
T sueño	1 ( 0,8)	1 ( 0,8)	0 ( 0,0)
Códigos adicionales o sin */diagnóstico	15 (12,5)	11 (8,8)	10 ( 9,6)
<b>Comorbilidad n (%)**</b>			
No	92 (76,7)	80 (64,0)	60 (57,7)
Si	28 (23,3)	45 (36,0)	44 (42,3)
<b>Tratamientos anteriores n (%)**</b>			
No	71 (59,2)	60 (48,0)	40 (38,5)
Si	49 (40,8)	65 (52,0)	64 (61,5)
Nº tratamientos anteriores M (DT) (Rango)*	0,56 (0,8) (0-4)	0,8 (0,9) (0-5)	0,9 (0,9) (0-4)
Nº objetivos M (DT) (Rango) *	6,8 (3,2) (1-20)	8,2 (3,3) (2-19)	8,5 (5,1) (1-30)
Nº técnicas M (DT) (Rango)***	6,6 (2,2) (1-12)	7,5 (2,1) (2-13)	7,7 (1,8) (3-12)
<b>Prescripción de psicofármacos n (%)</b>			
No	102 (85,8)	93 (74,4)	80 (76,9)
Si	18 (14,2)	32 (25,6)	24 (23,1)

p< 0.05; \*\*p< 0.01; \*\*\* p< 0.001

Se observaron diferencias significativas en comorbilidad ( $\chi^2= 9,5$ ; p<0,01), un 23,3% en los casos de corta duración frente 42,3%.en los casos de larga duración.

Se observaron diferencias significativas en haber recibido un tratamiento anterior ( $\chi^2=9,6$ ;  $p<0,01$ ) entre los casos de corta duración (59,2%) y los de larga duración (61,5%). También se observaron diferencias significativas en el número de tratamientos anteriores ( $F_{2,346} = 3,91$ ;  $p<0,05$ ) entre los casos de corta y larga duración.

Al no ser iguales la varianza de los grupos en el número de objetivos terapéuticos planteados al comienzo del tratamiento ( $F_{2,208} = 3,59$ ;  $p<0,05$ ), se utilizó la tabla de Welch para ver si existían diferencias entre las medias, apareciendo diferencias significativas ( $F_{2,121,53} = 4,36$ ;  $p<0,05$ ) entre los casos de corta y larga duración.

Se observaron diferencias significativas en el número de técnicas aplicadas durante la intervención ( $F_{2,346} = 8,83$ ;  $p<0,001$ ) entre los casos de corta y media duración ( $p<0,01$ ), y corta y larga duración ( $p<0,001$ ).

Sin embargo no se observaron diferencias significativas en grupo diagnóstico ( $\chi^2=4,9$ ;  $p = 0,08$ ), aunque con valores cercanos a la significación.

Tampoco existen diferencias significativas en la prescripción de fármacos entre los distintos grupos, estando al borde de la significación ( $\chi^2=5,2$ ;  $p = 0,07$ ), si bien en este caso son los casos de media duración los que presentan un mayor consumo de fármacos (25,6%) pero con un porcentaje muy similar los de larga duración (23,1%).

#### *4.1.3. Principales factores implicados en la prolongación de los tratamientos a partir de los análisis cuantitativos*

##### **a) Factores relacionados con el paciente:**

###### *Variables sociodemográficas:*

Los análisis cuantitativos revelan que la edad, el sexo, el estado civil o el nivel de estudios no son un factor predictor de la prolongación de los tratamientos. Al dividir la muestra entre casos de corta, media y larga duración se observa una media de edad de

los pacientes los grupos de media o larga duración (31,5 y 29,8 años respectivamente) sensiblemente mayor a los de corta duración (27,9 años) y un porcentaje de varones ligeramente superiores en los casos de media y larga duración (28,8 y 34,6 respectivamente) frente al 26,7% del grupo de corta duración. Con respecto al nivel de estudio sólo llama la atención el grupo de los que tienen estudios secundarios, que aumenta conforme aumenta la duración del tratamiento (24,2%; 30,4% y 35,6%). En resumen, lo mismo que en trabajos anteriores (Estupiñá *et al.*, 2008; Koss, 1980), no hay diferencias significativas en las variables sociodemográficas estudiadas.

#### **b) Variables clínicas**

*Tipo de diagnóstico:* El peso específico del tipo de diagnóstico en la prolongación de los tratamientos, según los datos de ambos estudios (1 y 2), es inferior al esperado o hipotetizado, al menos, por gran parte de la literatura científica (Secades y Fernández, 2001; Vallina y Lemos, 2001). Según los datos del estudio 1, presentar un diagnóstico perteneciente al grupo de problemas del estado de ánimo o de la conducta alimentaria son predictores de prolongación del tratamiento, aunque su peso específico en la varianza explicada no supera el 1% en cada caso. De hecho, en el estudio 2, al cruzar el tipo de diagnóstico con los tres grupos de duración de los tratamientos (cortos, medios o largos), no se obtuvieron diferencias significativas. La literatura indica que ciertos diagnósticos como esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria o trastornos por consumo de sustancias requieren un mayor número de sesiones de tratamiento (Saldaña, 2001; Secades y Fernández, 2001; Vallina y Lemos, 2001). No obstante, también es cierto que no son los casos que con más frecuencia acuden a una clínica de psicología sino que tales pacientes suelen acudir a recursos especializados. No obstante, más allá de los datos y de acuerdo con estas consideraciones es importante señalar que en el

grupo de corta duración las tasas de ocurrencia de diagnósticos más inespecíficos como los pertenecientes a los grupos de Otros problemas de atención clínica (20%) o Códigos adicionales o sin diagnóstico (12,5%) son sensiblemente superiores a las de los otros dos grupos. Por el contrario se puede observar, en los datos del estudio 2, que trastornos considerados más crónicos o estructurales, como los Trastornos de personalidad, se encuentran con mayor frecuencia conforme aumenta la duración del tratamiento (2,5% en el grupo de corta duración, 4,8% en el de duración media y 6,7% en los más largos).

*Comorbilidad:* Los análisis señalan que, aunque el porcentaje de pacientes con comorbilidad diagnóstica en la muestra considerada (30,1%) es minoritario, presentar más de un diagnóstico se revela como un factor asociado a la prolongación de los tratamientos. No obstante su relevancia no es alta pues sólo explica un 1,9% de la varianza. Tal y como se muestra en el estudio 2, los tratamientos de corta duración presentan tasas de comorbilidad estadísticamente inferiores que los de media y larga duración (23,3% frente a 36 y 42,3%, respectivamente, siendo las diferencias estadísticamente significativas;  $p < 0,01$ ). Estos datos están en consonancia con lo que buena parte de la literatura señala (Deveney y Otto, 2010; Labrador, Fernández y Ballesteros, 2011, Morrison *et al.*; 2003).

*Tratamientos previos:* El haber recibido algún tratamiento anterior también está implicado de manera significativa en la prolongación de los tratamientos, aunque también su peso específico es reducido pues sólo explica el 1,1% de la varianza. Los resultados señalan que casi la mitad (49%) de los pacientes acuden tras el fracaso de un tratamiento previo, pero con diferencias importantes entre los grupos. Un 40,8% de pacientes del grupo de corta duración presenta tratamientos anteriores, porcentaje

significativamente inferior al 52% de los encontrados en los casos de media duración o al 61,5% de los más largos. Es más, analizando el número promedio de tratamientos anteriores se evidencia, como cabría esperar, una tendencia significativamente ascendente conforme el tratamiento se alarga (0,56 tratamientos anteriores de media en los casos de corta duración, frente a 0,8 y 0,9 respectivamente de media en los otros dos grupos). Estos resultados apoyan los obtenidos en la mayor parte de los trabajos anteriores, (Lin, 2009; Muñiz, 2004), los pacientes que buscan ayuda psicológica tras un tratamiento previo (lógicamente no exitoso), se asocian a una mayor duración en la intervención psicológica.

Parece razonable pensar que, aunque tomada de manera conjunta la presencia de comorbilidad y de tratamientos anteriores únicamente explican el 3% de la varianza, son dos factores que indican la gravedad y cronicidad de los problemas en aquellos casos en lo que el tratamiento se prolonga. Es lógico que una mayor cronicidad del problema haya supuesto un cambio más amplio y permanente en la vida de los pacientes, y en consecuencia exija un mayor y más prolongado trabajo para su modificación.

### **c) Variables del tratamiento**

*Objetivos terapéuticos:* En el estudio 2, se constata que el número de objetivos establecidos en los casos de corta duración (6,8) es significativamente inferior a los de media (8,2) y larga (8,5) duración. Quizá esta diferencia pueda estar señalando que casos con pocos objetivos implican un cambio menor, o simplemente un cambio que afecta a menos áreas, en la vida del paciente y en consecuencia supone un cambio más rápido. Más aún, el hecho de que haya escasa diferencia entre los casos de media y larga duración, pero ambos se separen claramente de los de corta duración, quizá sugiera la posible existencia de un punto de corte en el número de objetivos (¿6?), a partir del cual

el tratamiento ya se complica de manera importante. Quizá ese punto de corte en el número de objetivos, caso de existir, marcaría la diferencia entre un caso “sencillo” y un caso “complejo”. De acuerdo con esta hipótesis, no importaría tanto la gravedad de trastorno como el número de áreas del paciente afectadas y en consecuencia el número de aspectos (objetivos) vitales a modificar.

Siguiendo esta misma lógica se puede esperar que, cuanto mayor sea el número de problemas o áreas de una vida a modificar, más técnicas deberán usarse y más se prolongará el tratamiento. De hecho, la relación entre el número de objetivos y número de técnicas es clara. Como se muestra en el estudio 2, la media de objetivos planteados fue 7,7, cifra muy similar a las 7,2 técnicas implantadas como media.

*Número de técnicas:* El estudio 1 señala que el número de técnicas utilizadas es el principal predictor de la prolongación de los tratamientos. Este factor explica el 15% de la varianza, más que todos los demás factores juntos. En el estudio 2, los casos de corta duración promediaron 6,6 técnicas por las 7,5 y 7,7 de los casos de media y larga duración. Aunque las diferencias no son grandes si son estadísticamente significativas y de especial relevancia dado su peso explicativo. Nuevamente aparece una diferencia clara entre el grupo de corta duración y los otros dos, lo que reforzaría esa hipótesis de un punto de corte en la cantidad de objetivos, y en consecuencia técnicas.

Al agrupar el número de técnicas en función de percentiles se puede observar una clara diferencia entre las 18 sesiones que promediaron aquellos casos que recibieron 8 ó más técnicas y las 5,5 sesiones de aquellos que recibieron como máximo 4 técnicas. Estos datos pueden tener importantes implicaciones. Aplicar 8 o más técnicas podría suponer alargar los tratamientos el triple (hasta 12,5 sesiones más), que aplicar 4 o menos. En la misma línea, el número promedio de sesiones de tratamiento se

incrementa sustancialmente si se compara el grupo de pacientes que reciben como máximo 4 técnicas (5,5 sesiones de media) con el grupo de pacientes que recibe 5 ó 6 técnicas (12,5 sesiones de media).

*Combinación con tratamiento farmacológico:* No han aparecido diferencias significativas en el porcentaje de casos con tratamiento farmacológico junto al psicológico, quizá debido al reducido número de estos casos (64 casos, el 19% en el estudio 2). Aunque si hay diferencias importantes en los porcentajes de casos con tratamiento farmacológico añadido entre el grupo de corta duración (14,2%) frente a los de media y larga duración (25,6% y 23,1%). Es probable que con muestras más amplias estas diferencias alcancen significación estadística.

En cualquier caso los datos señalan que añadir un tratamiento farmacológico no sólo no está asociado con tratamientos más cortos (14,2% de consumo de psicofármacos en el grupo de corta duración) sino que los grupos de media y larga duración presentan tasas de consumo de psicofármacos superiores (25,6 y 23,1%, respectivamente). Por lo tanto, y aun considerando que no hay diferencias entre los grupos, no parece de gran ayuda la utilización de un tratamiento farmacológico junto al tratamiento psicológico, pues no reduce la duración de éste. Más bien parece asociarse con una mayor duración.

#### **d) Consideraciones a los análisis cuantitativos.**

Como era de esperar las variables sociodemográficas no señalan ninguna diferencia significativa relacionada con la duración del tratamiento. Parece lógico que variables como edad, sexo o nivel de estudios no tengan mucha relevancia al respecto.

No obstante hay que señalar que la muestra no es un reflejo de la realidad social, al menos en lo que a nivel de estudios se refiere, pues casi el 50% tiene estudios

universitarios. Pero por otro lado sí podría reflejar la realidad de las personas que demandan asistencia psicológica en centros ajenos a los de la Seguridad Social.

Las variables clínicas por el contrario, también como era de esperar, sí que establecen diferencias con respecto a la duración del tratamiento. Tanto el tipo de diagnóstico como la comorbilidad y el haber recibido un tratamiento previo, resultaron significativas, si bien en todos los casos su peso es muy reducido, pues el porcentaje de varianza que explican oscila entre el 1-2%.

Quizá señalar que, dadas las características de la clínica estudiada, y también de la Sanidad española, es lógico que algunos tipos de diagnóstico apenas lleguen a esta clínica. Por ejemplo los diagnósticos de esquizofrenia o los TCA, pues con frecuencia suelen requerir en algún momento hospitalización. Por otro lado los trastornos de adicción a sustancias, que suelen estar muy dirigidos y con una oferta asistencial muy clara, en los dispositivos pertenecientes al Plan de Drogas. No obstante, incluso con estas limitaciones, los TCA aparecen como un claro exponente de diagnóstico asociado a la prolongación del tratamiento, junto con los trastornos de personalidad. Estos datos apoyan las consideraciones de que conforme más desestructurada está la realidad de un paciente, más parece prolongarse el tratamiento. Esta hipótesis recibe nuevo apoyo de los resultados de comorbilidad. Es lógico considerar que cuantos más trastornos se presenten de forma conjunta, más desorganizada estará la vida del paciente, y en consecuencia mayor será la duración del tratamiento.

Respecto a la existencia de un tratamiento previo es lógico esperar que esto incida en una mayor duración. Es lógico suponer que los casos en los que ha fracasado un tratamiento anterior no son los más sencillos, por otro lado el propio hecho de haber fracasado añade una nueva complicación al caso. El análisis realizado no permite distinguir el tipo de tratamiento previo fracasado, pero sería interesante analizar si hay



diferencia entre tratamientos previos psicológicos versus farmacológicos, o tratamientos psicológicos con TEA y de otro tipo.

Las variables más relevantes son sin duda las variables referidas al tratamiento: número de objetivos, en especial, número de sesiones y llama la atención el efecto del uso conjunto de medicación y tratamiento psicológico.

El número de objetivos se muestra relevante, aunque con un valor reducido. Ya se ha señalado anteriormente la hipótesis de un punto de corte, que distinga pocos objetivos (¿6?), que serían reflejo de una realidad no muy desorganizada, frente a muchos objetivos. Alternativamente este dato señalaría la importancia de reducir los objetivos.

La elección es evidente, o incluir menos objetivos o tratamientos más largos. Considerar más específicamente los objetivos de cambio permitirá una información más precisa de la función que tienen las conductas problema para el paciente y orientará mejor la elección de tratamiento. Desde luego no se aboga por no abordar todos los objetivos imprescindibles, sino por precisar éstos, y los diagnósticos nosológicos tipo DSM o CIE no ayudan en esta dirección. Hay que insistir en una evaluación individualizada que precise los objetivos en términos más adecuados que categorías diagnósticas, en términos de comportamientos específicos a modificar.

Vale la pena considerar que algunos protocolos terapéuticos, tanto en el ámbito de la investigación como en el asistencial, con un número de sesiones reducido, consiguen resultados muy positivos, incluso sobre áreas muy variadas de la vida de los pacientes (Bados, 2005; Labrador y Alonso, 2007; Le-juez *et al*, 2001; Mueser *et al.*, 2008; Öst *et al.*, 2001). Probablemente si los psicólogos precisaran mejor los objetivos terapéuticos las intervenciones serían más precisas, mejores y más breves. No se trata de conseguir personas perfectas, sino de ayudar a los pacientes a solucionar sus problemas.

El número de técnicas aplicadas se ha revelado como el factor más importante asociado a la prolongación del tratamiento, en consecuencia los esfuerzos para la reducción de la duración de los tratamientos psicológicos deben concentrarse especialmente en modificar este aspecto. Estos esfuerzos pueden tomar varias direcciones, complementarias, no alternativas. Por un lado, como se señala en el párrafo anterior, una mayor precisión y mejora en el diagnóstico que permita identificar de forma más específica las conductas concretas a cambiar y así afinar (reducir) el tratamiento. En esa dirección habría que avanzar un paso más en el estudio de los TEA, de forma que el objetivo sea, más que establecer qué tipo de tratamiento es eficaz para determinado tipo de problema (categoría diagnóstica), establecer qué tipo de tratamiento es eficaz para las conductas específicas o para las conductas que cumplan una determinada función. Es lógico que no deban utilizarse las mismas técnicas en un caso de consumo de alcohol cuya función sea ayudar a soportar una mala relación personal o el aislamiento social (soledad), que en otro caso en el que la función sea integrarse en un grupo de ocio, aunque la frecuencia y cuantía del consumo sea similar.

En esta dirección se podría señalar cuál o cuáles de las técnicas es más efectiva y eficiente para lograr cada objetivo terapéutico, en términos de conductas y funciones de las conductas a modificar. Por ejemplo, para el tratamiento de problemas de ansiedad, pueden ser útiles técnicas como la Desensibilización Sistemática, Exposición, Inundación, Inoculación de estrés, Modelado real e imaginario, incluso en algunos casos Reorganización Cognitiva o Moldeado. ¿Cuál sería la más adecuada para cada tipo de conducta y función de ésta específica?. Por ejemplo para que un niño reduzca su miedo a la oscuridad y pueda dormir sólo en su habitación (¿DS real o Moldeado?). Para que una mujer reduzca su miedo a las tormentas y no se esconda debajo de la cama... Parece

pues muy importante identificar qué procedimiento o qué técnica, sería efectiva y rápida de aplicar atendiendo a cada conducta en sí o a la función de cada conducta.

Una vía alternativa será bien desarrollar técnicas más breves que las existentes (por ejemplo, las técnicas de Exposición frente a la Desensibilización Sistemática, o las técnicas de Control de la Respiración frente a la Relajación Diferencial). También reducir los procedimientos y tiempos de entrenamiento de las técnicas utilizadas, en esta dirección se constata una reducción importante en el entrenamiento en relajación diferencial que va desde programas de 10 sesiones (Bernstein y Borkoveck, 1973; Ost, 1987) al programa de Labrador (2008) de 4 sesiones.

Otras alternativas para reducir el tiempo dedicado al entrenamiento en las técnicas son el uso de material de ayuda, coterapeutas, la práctica más habitual en del paciente en su medio (tareas para casa), etc.

Por último habría que considerar si todas las técnicas que se están utilizando son realmente necesarias, o si en algunos casos se están aplicando de forma sistemática algunas técnicas (entre ellas quizá las de desactivación o las de habilidades sociales), con independencia de que su uso no sea imprescindible o incluso necesario.

#### **RESUMEN DE LOS ANÁLISIS CUANTITATIVOS**

##### **Factores sociodemográficos:**

- No relevantes

##### **Factores Clínicos:**

- Relevancia de la comorbilidad y de la existencia de tratamientos previos, aunque escaso valor

##### **Factores Del Tratamiento:**

- Especial relevancia del número de técnicas, algo menos la del número de objetivos.
- Es posible que el uso añadido de tratamiento farmacológico prolongue la duración del tratamiento psicológico.

## **4.2. Análisis cualitativos**

### **4.2.1. Tercer estudio: principales características de 10 casos clínicos que se prolongan**

El objetivo del presente estudio es completar y profundizar, a través de una metodología cualitativa de análisis de casos, algunas de las principales características propias de la terapia, del paciente y los sucesos responsables que pueden influir en la prolongación de los tratamientos en la práctica clínica asistencial.

#### **Método**

La muestra de pacientes de la que se seleccionaron los 10 casos clínicos que conforman el presente estudio, la descripción del centro y los terapeutas son coincidentes con los mostrados en los estudios 1 y 2, por lo que no se repetirá aquí. .

#### **Variables**

*Sociodemográficas:* sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y apoyo social.

*Prolongación de los tratamientos:* Número de sesiones de tratamiento excluyendo sesiones de evaluación y seguimiento.

*Características clínicas:* motivo de consulta, grupo diagnóstico (DSM-IV-TR) establecido por los terapeutas a través de entrevistas semiestructuradas y autorregistros. Además en el 73,8% de los casos la entrevista y los autorregistros fueron complementados por la administración de cuestionarios validados a tal efecto. De la misma manera fue evaluada la comorbilidad (presencia de un segundo diagnóstico), haber recibido algún tratamiento anterior y número de objetivos y técnicas aplicadas durante la intervención.

*-Características del caso:* lista de problemas, sucesos vitales relevantes durante la terapia, características propias del paciente y del proceso de la terapia, obtenidas a través de entrevistas con los terapeutas del caso y el análisis de los historiales.

### *Procedimiento*

A partir de la base de datos de la clínica, que incluía a los pacientes atendidos desde Junio de 1999 hasta julio del 2011, se seleccionaron los casos con un número de sesiones igual o superior a 34, lo que se corresponde con dos desviaciones típicas por encima de la media de sesiones de tratamiento (media igual a 11,44 sesiones de tratamiento con una desviación típica de 10,98) y que cumplieran la condición de haber terminado el tratamiento (altas o abandonos). De los 46 casos resultantes, se descartaron aquéllos en los que no fue posible recopilar todos los datos cualitativos, quedando una muestra de 13 casos, de los cuales se seleccionaron los 10 que mejor contenían y representaban las características objeto de estudio de entre las encontradas entre los estudios 1 y 2.

### *Análisis de datos*

Con el fin de identificar qué variables influían en una mayor duración del tratamiento, se realizó un análisis cualitativo de las características propias de cada caso para explorar tanto los factores comunes como las particularidades de los mismos.

## **Resultados**

### **A. CASO 1**

**1. Datos personales:** Mujer, 48 años, casada. Estudios Bachillerato

**2. Motivo de consulta:** Acude obligada por sus familiares por problemas de juego y otras conductas impulsivas que están afectando a su entorno. Además, presenta escasa autonomía y descuido de sus responsabilidades como ama de casa.

### 3. Diagnóstico

Eje I: F63.9 Trastorno del control de impulsos no especificado

Eje II: Z03.2. Sin diagnóstico [V71.09]

Eje III: Asma, hipotiroidismo, alergias, obesidad.

Eje IV: • Problemas grupo primario (amenazas de divorcio)

- Problemas económicos (deudas)

- Problemas relativos ámbito social (falta de autonomía, oculta problema, etc.)

Eje V: EEAG = 35

**4. Tratamientos anteriores:** Un tratamiento psicológico previo y otro farmacológico, con el que continua.

**5. Apoyo social:** Cuenta y vive con su esposo y dos hijas de más de 20 años.

### 6. Lista problemas

- Escaso autocontrol
- Conflictividad familiar
- Bajo estado de ánimo y pensamientos negativos
- Déficit de habilidades afrontamiento
- Creencias irracionales sobre el juego
- Problemas de sueño

### 7. Objetivos de tratamiento y técnicas

<b>OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (13)</b>	<b>TRATAMIENTO (25)</b>
------------------------------------	-------------------------

Devolución de información y orientación al tratamiento	Modelo explicativo y propuesta de tratamiento. Psicoeducación
Normalización patrón de vida Fomento de autonomía Estimular la adherencia a la planificación	Establecimiento de objetivos personales Técnicas administración tiempo Contrato conductual
Estabilizar el patrón de sueño	Normas higiene sueño y Control estimular
Adquisición de Autocontrol	Detección de situaciones riesgo Respiración diafragmática y Auto-instrucciones Parada de pensamiento
Mejorar estado de ánimo Reducir pensamientos negativos	Planificación de actividades agradables Ejercicio físico Listado de aspectos positivos Reestructuración cognitiva
Desarrollo de habilidades de afrontamiento	Solución de problemas Entrenamiento en comunicación asertiva
Autoeficacia en situaciones de riesgo (juego)	Exposición a la situación de juego
Eliminación de pensamientos disfuncionales sobre el juego	Reestructuración cognitiva Pruebas de realidad
Prevención de recaídas	Repaso de lo aprendido. Situaciones de riesgo y estrategias afrontamiento

**8. Sesiones tratamiento:** 49 sesiones, finalizando en abandono.

**9. Características del caso:**

<b>9.1. Características de la paciente</b>	<b>9.2. Sucesos vitales relevantes</b>	<b>9.3. Características de la terapia:</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja motivación (presión de la familia y amenaza de divorcio)</li> <li>- Locus de control externo (confianza absoluta en medicación )</li> <li>- Problemas para centrar atención y comprensión de instrucciones</li> <li>- Bajo cumplimiento de tareas</li> <li>- Conductas supersticiosas en la vida diaria</li> <li>- Problemas para venir a sesión (miedo al autobús)</li> <li>- Dificultades en discriminar niveles de ansiedad/-relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escaso control del dinero por parte de su pareja</li> <li>- Problemas médicos</li> <li>- Problemas familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distanciamiento entre sesiones</li> <li>- Dificultades en centrar el tema y cortar locuacidad</li> <li>- Añadido progresivo de nuevos objetivos</li> <li>- Escasa motivación al tratamiento y rechazo de parte de él ( exposición)</li> <li>- Elevado número de objetivos (13) y técnicas (25)</li> <li>- Bajo cumplimiento de tareas</li> </ul>
---	---	---

**10. Posibles factores asociados a la prolongación del tratamiento (6 principales)**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bajas habilidades intelectuales y sociales</i></li> <li>• <i>Falta de implicación en la terapia (Locus control externo)</i></li> <li>• <i>Problemas en el cumplimiento (asistencia a sesiones y tareas)</i></li> <li>• <i>Problemas médicos durante la terapia</i></li> <li>• <i>Escasa red de apoyo social y elevado estrés familiar</i></li> <li>• <i>Elevado número de objetivos (13) y técnicas (25)</i></li> </ul> |
|---|

**B. CASO 2**

**1. Datos personales:** Mujer, 20 años, soltera, nivel educativo alto

**2. Motivo de consulta:** La paciente presenta problemas del estado de ánimo desde hace casi un año, coincidiendo con varios sucesos estresantes, como la ruptura con su pareja,



la pérdida de su mascota o problemas con sus padres. Los síntomas de activación y bajo ánimo se incrementaron, hasta percibirlos como interferentes e incontrolables.

### 3. Diagnóstico

EJE I: F41.1 Trastorno de ansiedad Generalizada [300.02]

F 50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificar [307.50]

F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve-moderado [296.21]

EJE II: Z03.2. Sin diagnóstico [V71.09]

EJE III: Posible hipotiroidismo. A la espera de resultados

EJE IV: Problemas con el grupo primario de apoyo

Discusiones ocasionales con padre (especialmente con madre)

Discusiones ocasionales con mejor amiga

EJE V: EEAG: 65-70

**4. Tratamientos anteriores:** La paciente informa que anteriormente no ha seguido un tratamiento (ni psicológico ni farmacológico) ni relacionado con el problema actual ni por problemas diferentes.

**5. Apoyo social:** La paciente dice contar con el apoyo de sus familiares directos así como de amigas de la facultad y amigas del barrio donde habita.

### 6. Lista de problemas

- Bajo estado de ánimo
- Activación fisiológica
- Problemas en la conducta alimentaria (ingesta compulsiva)
- Problemas en el sueño
- Problemas en el ámbito escolar.

- Baja autoestima
- Miedos sociales

### 7. Objetivos de tratamiento y técnicas

<b>OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (12)</b>	<b>TRATAMIENTO (23)</b>
Aumentar la motivación al tratamiento Aumentar la comprensión del problema	Presentación de hipótesis de origen y mantenimiento Presentación del plan de tratamiento
Aumento del conocimiento de problemas específicos	Psicoeducación. Desmontar mitos y errores
Descenso de la activación fisiológica	Técnicas de control de la activación. Respiración
Mejorar la calidad del sueño	Pautas de higiene del sueño
Aumentar el estado de ánimo	Planificación de actividades agradables Prohibición de abandono de actividades cotidianas
Descenso de rumiaciones	Parada de pensamiento Técnicas distractoras Exposición cognitiva Técnica de solución de problemas
Mejora de la autoestima e imagen corporal	Técnicas de aumento de la autoestima Reestructuración cognitiva
Aumento del control sobre la comida	Pautas de alimentación Recordatorio de técnicas practicadas
Trabajo con la ansiedad social	Repaso de técnicas empleadas Experimentos conductuales Exposiciones repetidas

Prevenir recaídas y mantenimiento de logros	Prevención de recaídas Evaluación de situaciones de riesgo Repaso de estrategias trabajadas
---	---

**8. Sesiones de tratamiento:** Se llevaron a cabo 58 sesiones de tratamiento y 2 de seguimiento

**9. Características del caso:**

<i>9.1. Características de la paciente</i>	<i>9.2. Sucesos vitales relevantes</i>	<i>9.3. Características de la terapia:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades en el afrontamiento y solución de problemas diarios</li> <li>- Aplicación purista de la solución de problemas ante todas las dificultades que atravesaba</li> <li>- Baja autoestima y sensación de autocontrol</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas médicos familiares (infarto padre y hermano)</li> <li>- Fallecimiento familiar</li> <li>- Problemas conyugales de sus padres</li> <li>- Discusiones con amigos</li> <li>- Ruptura con dos parejas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevado número de objetivos (11) y técnicas (21)</li> <li>- Paralización de los objetivos por tratar los sucesos vitales estresantes diarios</li> <li>- Aparición de miedos sociales en mitad del tratamiento.</li> <li>- Reevaluación del caso e intervención de este nuevo objetivo.</li> </ul>

**10. Posibles factores asociados a la prolongación del tratamiento (6 principales)**

- *Escasos recursos para la solución de problemas*
- *Alta activación constante*
- *Acontecimientos vitales estresantes (elevado número de acontecimientos vitales problemáticos diarios a manejar)*
- *Afrontamiento emocional o evitativo (estilo de afrontamiento y manejo emocional a través de la ingesta de alimentos o el abandono de actividades diarias)*
- *Añadido progresivo de objetivos (fobia social)*
- *Comorbilidad*

### **C. CASO 3**

**1. Datos personales:** Varón, 24 años, soltero, licenciado sin empleo

**2. Motivo de consulta:** solicita atención para solucionar y controlar sus episodios de ansiedad fundamentalmente en el ámbito social.

#### **3. Diagnóstico**

Eje I: F40.1 Fobia Social.

Eje II: Rasgos anancásticos y dependientes.

Eje III: Sin diagnóstico.

Eje IV: Problemas laborales (desempleo)

Eje V: EEAG 60

**4. Tratamientos anteriores:** 2 sesiones aisladas de tratamiento psicológico. Hace 2 años tratamiento farmacológico (Olanzapina, 45 días) tras ingreso por trastorno psicótico breve. Acude a consulta con tratamiento (Risperidona 3 mg.: 0-0-1).

**5. Apoyo social:** Vive y cuenta con sus padres y hermano menor. Cuenta con un grupo de amigos amplio.

#### **6. Lista de problemas**

- Dificultades en relaciones sociales
- Síntomas de ansiedad elevados: angustia, sudoración, dolores de cabeza, etc.
- Pensamientos autorreferenciales
- Pérdida de confianza en sí mismo
- Crisis vocacional
- Apatía y desinterés
- Dificultades de concentración

## 7.- Objetivos del tratamiento y técnicas

<b>OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (9)</b>	<b>TRATAMIENTO (14)</b>
Devolución de información y orientación al tratamiento	Modelo explicativo y propuesta de tratamiento. Psicoeducación
Control de la activación fisiológica	Relajación muscular profunda Técnicas de distracción
Mejora de los recursos de afrontamiento	Autoinstrucciones Entrenamiento en Habilidades Sociales
Manejo de los pensamientos disfuncionales	Reestructuración cognitiva Pruebas de realidad
Manejo del miedo a la evaluación negativa	Exposición a situaciones sociales y de reto
Orientación laboral Toma de decisiones	Técnicas de Solución de Problemas y Toma de Decisiones
Prevención de recaídas	Psicoeducación. Entrenamiento en detección de situaciones de riesgo Pautas de mantenimiento

**8. Sesiones de tratamiento y seguimiento:** 54 sesiones en total. Tras alta en la sesión 37, vuelve al año con nuevas preocupaciones, y lo mismo un año después. Alta final .

## 9. Características del caso:

<i>9.1.- Características de la paciente</i>	<i>9.2.- Sucesos vitales relevantes</i>	<i>9.3.- Características de la terapia:</i>
---	---	---

<p>-Sustrato obsesivo del paciente le lleva a:</p> <p>a) intentar hacer las tareas sin error, lo que hace que algunas prescripciones terapéuticas (HHSS) tengan carácter iatrogénico.</p> <p>b) incrementa la vulnerabilidad al estrés, incidiendo sobre su vulnerabilidad a la psicosis.</p> <p>c) dificulta la finalización del tratamiento, siempre hay algo que le hace sentir abrumado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con medicación antipsicótica por episodio psicótico breve dos años antes de acudir a terapia.</li> <li>- Reducción/modificación de la medicación a lo largo del tratamiento,</li> <li>- Monitorización y control de la medicación y sus efectos por psiquiatra y psicólogo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buena valoración de la relación terapéutica.</li> <li>- Mucha confianza en las pautas y recomendaciones.</li> <li>- Ha ocultado información importante (por ejemplo ideación suicida) por vergüenza y anticipar reacciones negativas por parte del terapeuta.</li> </ul>
--	---	---

#### 10. Posibles factores asociados a la prolongación del tratamiento (6 principales)

- *Comorbilidad (rasgos obsesivos de personalidad)*
- *Metas irreales y/o reconocimiento de logros (excesivo perfeccionismo a la hora de realizar las tareas)*
- *Añadido progresivo de objetivos (nuevas preocupaciones)*
- *Omisión de información relevante*
- *Vulnerabilidad psicosis*
- *Cambios medicación*

#### **D. CASO 4**

**1. Datos personales:** Varón, 48 años, casado, nivel de estudios medio, fontanero. Vive con su mujer y dos hijos (25 y 23 años). Ambiente familiar hostil

**2. Motivo de consulta:** Conductas exhibicionistas que interfieren en el área laboral, familiar y en especial matrimonial

**3. Diagnóstico**

Eje I: F65.2 Exhíbicionismo [302.4]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09]

Eje III: Ausente

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, ambiente social y área laboral

Eje V EEAG: 50

**4. Tratamientos anteriores:** no informa de tratamientos anteriores

**5. Apoyo social:** Vive con su mujer y dos hijos. Las relaciones familiares no son buenas y cuenta con escaso apoyo social.

#### **6. Lista de problemas**

- Exhíbicionismo
- Problemas maritales
- Baja autoestima
- Déficit en control de impulsos (sexuales)
- Déficit de habilidades sociales (en especial con mujeres)
- Déficit de habilidades de afrontamiento

#### **7. Objetivos del tratamiento y técnicas**

<b>OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (12)</b>	<b>TRATAMIENTO (17)</b>
Mejorar comprensión del problema y conocimientos de sexualidad. Promover adherencia al tratamiento	Devolución de información y propuesta de tratamiento. Psicoeducación
Reducción de la activación fisiológica y mejora de calidad de sueño	Control de respiración
Mejora de relaciones sociales y conyugales	Entrenamiento en habilidades sociales con mujeres, y en expresión de emociones. Ampliación del círculo social.

	Opcional: Técnicas terapia pareja
<p>Modificación de la secuencia de automatismos parafilicos.</p> <p>Potenciación de la excitación con EE no exhibicionistas y disminución de la misma con EE exhibicionistas</p>	<p>Desarrollo de respuestas incompatibles/alternativas a la secuencia</p> <p>Modificación fantasías</p> <p>Recondicionamiento orgásmico</p>
<p>Manejo pensamientos rumiativos</p> <p>Modificación creencias irracionales</p> <p>Aumento autoestima</p>	<p>Parada pensamiento</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Autoafirmaciones positivas</p>
Desarrollo de hh afrontamiento	Entrenamiento en Solución de Problemas
Prevención de recaídas	<p>Análisis de situaciones de riesgo</p> <p>Repaso técnicas aprendidas.</p>

**8. Sesiones de tratamiento:** 47 sesiones de tratamiento

**9. Características del caso:**

<i>9.1.- Características del paciente</i>	<i>9.2.- Sucesos vitales relevantes</i>	<i>9.3.- Características de la terapia:</i>
---	---	---



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja motivación inicial para el cambio</li> <li>- Locus de control externo (responsabiliza del problema a agentes externos)</li> <li>- Muchas respuestas falsas y deseables socialmente en las primeras sesiones</li> <li>- Metas y expectativas exageradas, con un consecuente aumento de la frustración</li> <li>- Baja autoestima y capacidad de autorreforzamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencias negativas en las primeras relaciones sexuales</li> <li>- Frecuentes episodios de mentiras con su esposa han llevado a un clima de desconfianza y hostilidad en la pareja</li> <li>- Problemas económicos</li> <li>- Problemas de relación con sus hijos</li> <li>- Escaso apoyo social por vivir en un país extranjero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades iniciales de rapport con terapeuta femenina</li> <li>- A partir de sesión 21 se trabaja en paralelo exhibicionismo y mejora de la relación de pareja (supone incluir a la mujer en algunas sesiones)</li> <li>- Desde entonces, cada miembro deposita la responsabilidad de los problemas en el otro</li> <li>- Escaso cumplimiento de tareas</li> </ul>
--	---	--

#### 10. Posibles factores asociados a la prolongación del tratamiento (6 principales)

- *Establecimiento de metas irreales y déficit en reconocimiento de logros*
- *Inclusión de nuevos objetivos terapéuticos a lo largo de la intervención*
- *Trabajo en paralelo de dos focos: exhibición y pareja*
- *Escasa asunción de responsabilidad en el afrontamiento de los problemas*
- *Incumplimiento de tareas*
- *Red de apoyo social limitada*

#### E. CASO 5

1. **Datos personales:** Varón, 22 años, soltero, nivel educativo medio
2. **Motivo de consulta:** acude a consulta por “ser neurótico” (especifica: “tener muchas manías, encendido de luces y lavados de manos constante...”). También tiene estado de ánimo disfórico. Su objetivo es conseguir la estabilidad, pues se considera desequilibrado desde la infancia.

### 3. Diagnóstico

Eje I: F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]

Eje II: Rasgos obsesivos de la personalidad

Eje III: Ausente

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG: 60

### 4. Tratamientos anteriores:

Tratamiento psiquiátrico a los 15 años, tras la separación de sus padres, por los problemas por los que demanda asistencia en estos momentos. Tras 3 semanas, abandona la terapia por negarse a tratamiento farmacológico (se le recetó lorazepan).

**5. Apoyo social.** Dice tener un apoyo social satisfactorio tanto por sus iguales (amigos y compañeros de clase), como por sus familiares. Dispone de personas con las que puede contar en caso de necesidad.

### 6. Lista de problemas

- Tendencia a preocuparse, con frecuentes rumiaciones.
- Necesidad de control y perfeccionismo
- Alta activación fisiológica
- Pensamientos intrusivos (obsesivos) que le producen malestar (problemas de sueño, concentración, desorganización...)
- Rituales (conductas compulsivas), que disminuyen la ansiedad y aumentan su control sobre la situación.
- Carencia de adecuadas habilidades sociales, muestra un patrón agresivo de comunicación, lo que le lleva a perder su apoyo social
- Bajo estado de ánimo y autoestima

- Sentimientos de inseguridad en sí mismo y aumento de su sensación de miedo.

## 7. Objetivos de tratamiento y técnicas

<b>OBJETIVOS TERAPEUTICOS (12)</b>	<b>TRATAMIENTO (18)</b>
Devolución de información y orientación al tratamiento	Modelo explicativo y propuesta de tratamiento. Psicoeducación
Mejorar calidad del sueño Disminuir activación fisiológica Mejorar el estado de ánimo	Pautas de higiene del sueño Entrenamiento en Respiración Diafragmática
Mejora de las habilidades de comunicación	Entrenamiento en comunicación asertiva Mensajes “yo”
Estructuración del tiempo	Organización del tiempo y tareas
Disminuir obsesiones Disminuir compulsiones	Exposición con prevención de respuestas
Modificar creencias irracionales	Reestructuración cognitiva Pruebas de realidad
Aumentar autoestima	Psicoeducación sobre autoestima Explicación modelo ABC Caja de cumplidos Lista de logros y éxitos Fortalecimiento de debilidades
Prevención de respuesta	Identificación de situaciones futuras y dotar de estrategias para afrontarlas. Repaso de las técnicas

**8. Sesiones de tratamiento:** Alta a las 45 sesiones.

## 9. Características del caso:

<i>9.1. Características de la paciente</i>	<i>9.2. Sucesos vitales relevantes</i>	<i>9.3. Características de la terapia:</i>
--	--	--

- Cambios en la rutina del paciente que influían negativamente en el proceso del tratamiento.	- Ningún suceso relevante a lo largo del tratamiento	- La terapia no tuvo complicaciones, ya que la adhesión y el comportamiento del paciente fueron muy positivos
---	--	---

### 10. Posibles factores asociados a la prolongación del tratamiento (6 principales)

- *Elevado número de objetivos terapéuticos (12)*
- *Comorbilidad, los rasgos obsesivos de personalidad, dificultan la intervención del trastorno del Eje I*
- *Cronificación de los síntomas*
- *Metas irreales y dificultad para el reconocimiento de logros (elevada necesidad de control y perfeccionismo)*
- *Escasa red social (debido a estilo agresivo de comunicación pierde apoyos)*
- *Afrontamiento emocional o evitativo (manejo de emociones negativas mediante conductas compulsivas para evitar malestar)*

### F. CASO 6

**1. Datos Personales:** Mujer, 37 años, casada, nivel educativo bajo

**2. Motivo de consulta:** La paciente solicita ayuda psicológica por estar deprimida, desmotivada, con alta activación fisiológica y bloqueada mentalmente. También siente malestar físico y emocional persistente, que aumenta en situaciones cotidianas de estrés.

### 3. Diagnóstico

Eje I: F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]  
F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]  
Eje II: Z03.2. Sin diagnóstico [V71.09]  
Eje III: Discapacidad Visual  
Afección Cardíaca  
Eje IV: Problemas grupo primario de apoyo  
Problemas laborales  
Eje V: EEAG = 50

**4. Tratamientos anteriores:** Recibió tratamiento farmacológico (Paroxetina 20mg, Lorazepam 1mg y Zolpidem 10 mg).

**5. Apoyo Social:** La paciente tiene una escasa red social. Cuenta con el apoyo de su marido y su hija mayor. Muestra un patrón de relación desconfiado, vigilante, apático y con alta percepción de incontrolabilidad, que dificulta las relaciones sociales.

**6. Lista de problemas**

- Bajo estado de ánimo
- Alta ansiedad
- Flash back recurrentes (malos tratos y abusos infantiles)
- Reducida red social
- Baja autoestima

**7. Objetivos de tratamiento y técnicas**

<b>OBJETIVOS TERAPEUTICOS (10)</b>	<b>TRATAMIENTO (18)</b>
Comprensión del problema	Devolución de información Psicoeducación
Reducción activación fisiológica	Control respiración. Relajación Higiene del sueño
Mejora del estado de ánimo	Planificación actividades agradables Instaurar red social Discusión socrática
Modificar creencias erróneas	Reorganización cognitiva
Desarrollo de habilidades de afrontamiento	Entrenamiento en solución de Problemas Entrenamiento en habilidades de afrontamiento Planificación del tiempo
Mejora relaciones interpersonales	Entrenamiento en habilidades sociales
Reducir hipervigilancia	Focalización de atención y distracción
Afrontamiento sucesos traumáticos	Exposición
Promover buenos hábitos alimenticios	Pautas alimenticias
Prevención de recaídas	Repaso de lo aprendido. Diferencia entre

	caída y recaída.
--	------------------

**8. Sesiones de tratamiento:** Alta a las 49 sesiones.

**9. Características del caso:**

<i>9.1. Características de la paciente</i>	<i>9.2. Sucesos vitales relevantes</i>	<i>9.3. Características de la terapia</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajos recursos intelectuales</li> <li>- Dificultades visuales</li> <li>- Bajas habilidades sociales</li> <li>- Apatía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas en el ámbito laboral</li> <li>- Enfermedades de familiares</li> <li>- Afección cardiaca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente mostraba gran motivación por la terapia, después decayó</li> <li>- Alta reticencia a la exposición</li> </ul>

**10. Posibles factores asociados a la prolongación del tratamiento (6 principales)**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Comorbilidad (diagnóstico múltiple)</i></li> <li>• <i>Patrón de relación suspicaz y desconfiado</i></li> <li>• <i>Problemas de adhesión sesiones o tareas (rechazo de parte del tratamiento – exposición-)</i></li> <li>• <i>Escasa implicación o asunción de responsabilidad (apatía)</i></li> <li>• <i>Acontecimientos vitales estresantes</i></li> <li>• <i>Escasa red social</i></li> </ul> |
|---|

## **G. CASO 7**

**1. Datos personales:** Mujer, 26 años, soltera, estudios superiores. Coordinadora de empresa de servicios educativos

**2. Motivo de consulta:** a) superar las consecuencias de los abusos sexuales en su infancia por su padre. Los recuerdos se han exacerbado recientemente tras el acoso de su padre a su hermana menor. Anima a sus dos hermanas, también víctimas de abusos, a acudir a tratamiento.

b) Mejorar la convivencia familiar con su madre.

### 3. Diagnóstico

Eje I: F43.1 Trastorno por estrés postraumático

Eje II: Z03.2. Sin diagnóstico [V71.09]

Eje III: Ausente

Eje IV: Problemas grupo primario:

- Conflictos con madre (con enfermedad mental)
- Abusos sexuales del padre en infancia
- No contacto con padre ni hermano

Eje V: EEAG = 60

**4. Tratamientos anteriores:** no hay tratamientos anteriores de ningún tipo.

**5. Apoyo social:** Convive con su hermana menor y con su madre. Buena relación y apoyo con sus hermanas (mayor y menor), nula con su hermano y su padre. Pareja estable. Muchas relaciones pero no muy intensas.

### 6. Lista problemas

- Conflictos familiares
- Sobrecarga de responsabilidades
- Reexperimentación de acontecimientos traumáticos
- Miedos asociados al trauma
- Dificultad de expresión emocional
- Altos niveles de activación (problemas de sueño, molestias físicas y explosiones de ira)

### 7. Objetivos y técnicas de tratamiento

<b>OBEJTIVOS TERAPEUTICOS (10)</b>	<b>TRATAMIENTO (15)</b>
Devolución de información y orientación al tratamiento	Modelo explicativo y propuesta de tratamiento. Psicoeducación
Disminución de la activación fisiológica y mejora de calidad de sueño	Control de respiración Higiene de sueño y control estimular
Mejora de estado de ánimo.	Planificación horaria y actividades agradables
Integrar y elaborar el trauma	Exposición en imaginación al trauma mediante técnicas narrativas
Disminuir ansiedad ante estímulos condicionados	Exposición en imaginación y en vivo
Mejora de la convivencia familiar y control de la ira.	Entrenamiento en habilidades sociales: adquisición de estilo asertivo, resolución de conflictos, técnica del semáforo
Prevención de recaídas	Repaso de técnicas aprendidas Identificar situaciones de riesgo y programar soluciones

**8. Duración del tratamiento:** Alta terapéutica tras 55 sesiones.

### **9. Características del caso**

<b>9.1.- Características de la paciente</b>	<b>9.2.- Sucesos vitales relevantes</b>	<b>9.3.- Características de la terapia:</b>
---	---	---



<p>- Hiperresponsabilidad y afán de control (sobrecarga de responsabilidad)</p>	<p>- Experiencias traumáticas graves en la infancia: observa y sufre abusos sexuales del padre. La madre no hace nada.</p> <p>- Situaciones problemáticas durante la terapia (nuevos objetivos):</p> <p>- Reelaborar nuevos recuerdos traumáticos</p> <p>- Mejorar habilidades de afrontamiento y planificación dada la sobrecarga de responsabilidades laborales y familiares</p> <p>- Superar duelo tras la muerte traumática de su madre (ingesta lejí)</p> <p>- Mejorar sus relaciones de pareja (tanto afectivas como sexuales)</p>	<p>- Alta dependencia de los terapeutas.</p> <p>- Añadido progresivo de objetivos de intervención ante la presencia de nuevos problemas.</p>
---	--	--

**10. Posibles factores asociados a la prolongación del tratamiento (6 principales)**

- *Abusos reiterados en la infancia (observados y sufridos)*
- *Cronificación de los síntomas*
- *Metas irreales (hiperresponsabilidad ante todo, en especial por la hermana menor)*
- *Añadido progresivo de objetivos*
- *Acontecimientos vitales estresantes durante la terapia*
- *Escasa red de apoyo (mala relación familiar)*

**H. CASO 8**

**1. Datos personales:** Mujer, 26 años, soltera, estudiante (estudios superiores)

**2. Motivo de consulta:** La paciente señala como motivo querer “salir del túnel” en el que se encuentra desde hace meses. Refiere no sentirse feliz, describiendo fuertes cambios de humor a lo largo del día y episodios de ingesta compulsiva. Todas las áreas de su vida están viéndose afectadas por ello, especialmente la académica a causa de dificultades de concentración.

### **3. Diagnóstico**

EJE I: F32.2 Trastorno depresivo mayor [296.22]
EJE II: Rasgos de trastorno de la personalidad por evitación
EJE III: Ausente
EJE IV: Ausente
EJE V: EEAG: 60

**4. Tratamientos anteriores:** En 2005 acude a un psicólogo para que le ayude a tomar la decisión de dejar a su pareja en ese momento, quién al parecer era extremadamente celoso y controlador.

**5. Apoyo social:** En la relación familiar, la paciente se siente sobre todo más cercana a su madre, con la que refiere una relación próxima y duradera; si bien no considera que sea apropiado contarle aspectos relacionados con su vida personal afectiva, con cómo se siente ahora, etc.

Su grupo de apoyo primario consta además de una amiga a la que la paciente considera como su principal apoyo. Tiene otras amigas con las que la relación es buena si bien, el hecho de que éstas tengan pareja y la paciente no, hace que el contacto sea menos frecuente. Por otro lado cuenta con compañeros de la universidad, colegio e inglés, que no suponen para ella ningún apoyo.

### **6. Lista problemas**

- Bajo estado de ánimo

- Anhedonia
- Insomnio
- Atracones puntuales
- Baja autoestima
- Aislamiento social
- Bajo rendimiento académico

### 7. Objetivos y técnicas de tratamiento

<b>OBJETIVOS TERAPEUTICOS (9)</b>	<b>TRATAMIENTO (24)</b>
Comprensión del problema	Devolución de información: modelo explicativo y planteamiento de tratamiento
Comprensión de los mecanismos del bajo estado de ánimo	Psicoeducación sobre el bajo estado de ánimo, el ciclo de la inercia y su mantenimiento Programa de actividades agradables (sola y acompañada) Organización del tiempo
Manejo de la activación	Psicoeducación sobre la ansiedad Entrenamiento en respiración diafragmática
Aumento de la calidad del sueño	Psicoeducación sobre el sueño Higiene del sueño Diario del sueño: pautas de control del sueño
Desarticulación de errores de pensamiento	Psicoeducación del trabajo con pensamientos Reestructuración cognitiva de sesgos en la tríada y la valoración de sí misma Experimentos conductuales
Mejora de la valoración de sí misma y fomento de la autonomía	Psicoeducación sobre la autoestima Trabajo con errores de pensamiento Ejercicios de mejora de la autoestima
Desarrollo de habilidades de afrontamiento y solución de problemas	Solución de problemas Entrenamiento en habilidades sociales

Trabajo en el área sexual	Psicoeducación sexualidad: mitos y tabúes Trabajo con errores de pensamiento Entrenamiento en ejercicios de Kegel, autoexploración y focalización sensorial
Mantenimiento del cambio	Prevención de recaídas

**8. Duración del tratamiento:** 57 sesiones de tratamiento. Finaliza como alta.

### 9. Características del caso

<i>9.1.- Características de la paciente</i>	<i>9.2.- Sucesos vitales relevantes</i>	<i>9.3.- Características de la terapia:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta vulnerabilidad a estrés, emociones negativas y frustración</li> <li>- Ideas rígidas basadas en “deberías”</li> <li>- Gran culpabilidad</li> <li>- Afrontamiento evitativo</li> <li>- Dificultad para el control de impulsos</li> <li>- Baja autoestima y sensación control</li> <li>- Convivencia conflictiva con padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro de la relación con padres</li> <li>- Problemas académicos</li> <li>- Situación de desempleo durante 12 meses</li> <li>- Recaída</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevado número de objetivos y técnicas</li> <li>- Dificultades en la reestructuración cognitiva</li> <li>- Dificultades en la aplicación de técnicas de estudio (excesiva rigidez y potente estresor)</li> <li>- Aparición de problemas nuevos durante la terapia (onicofagia)</li> <li>- Sesiones de tratamiento activo en período de seguimiento</li> </ul>

### 10. Posibles razones de la prolongación de la terapia (6 principales)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Estilo muy rígido y gran dedicación a trabajo cognitivo</i></li> <li>• <i>Afrontamiento emocional o evitativo (estilo de afrontamiento y manejo emocional a través de evitación o conductas impulsivas)</i></li> <li>• <i>Mantenimiento de conflictos familiares (círculo vicioso entre problemas de la paciente e interacción familiar)</i></li> <li>• <i>Elevado número de técnicas</i></li> <li>• <i>Acontecimientos vitales estresantes</i></li> <li>• <i>Añadido progresivo de objetivos</i></li> </ul>
--

## I. CASO 9

**1. Datos personales:** Varón, 23 años, soltero, estudiante de 2º curso de Bachillerato, trabajos eventuales (repartidor de periódicos en la actualidad)

**2. Motivo de consulta:** Acude a consulta motivado por su madre, quien considera que “no hace nada, pierde el tiempo, le falta madurez, no se responsabiliza de nada”. Por su parte, el paciente considera que le falta “echar valor a la vida y que tiene miedo a meter la pata” por lo que “se autoengaña” para acabar no haciendo nada. Refiere no saber asumir el fracaso.

### 3. Diagnóstico

EJE I: F. 63.9 Trastorno de control de impulsos no especificado (pellizcarse la piel)

EJE II: F. 60.6 Trastorno Evitativo de la Personalidad

EJE III: Ninguno

EJE IV: Grupo de apoyo primario: Separación de los padres

Problemas relativos a la enseñanza: Problemas académicos

Problemas laborales: Cambios de trabajo

EJE V: EEAG = 41-50

**4. Tratamientos anteriores:** El paciente ha estado ya en tres ocasiones en tratamiento psicológico, siendo siempre él quien abandona la terapia. Señala que no cumple con las tareas que le encomiendan. Actualmente acude junto con su padre a una terapia psicológica que se centra en la dinámica familiar.

**5. Apoyo social:** Cuenta con el apoyo de sus padres, pero manifiestan estar “ya cansados”, por lo que han decidido que esta es la última vez que le ayudan. Sus amigos

suponen un apoyo a la hora de realizar actividades gratificantes. Uno de ellos conoce realmente los problemas de G. y es la única persona con la que no se siente juzgado.

## 6. Lista problemas

- Elevada ansiedad social con evitación conductual y cognitiva que interfiere en el hábito social, académico y laboral.
- Miedo e hipersensibilidad a la evaluación negativa de los demás.
- Orientación negativa de los problemas e inadecuada planificación de la puesta en marcha de los proyectos decididos.
- Pensamientos rumiativos sobre su rendimiento y la evaluación negativa
- Ejecución lenta de las tareas debido a un excesivo perfeccionismo
- Conductas de dependencia de otros (su madre, su hermana, sus amigos)
- Dificultades de concentración
- Déficit de autocontrol
- Dificultades para anticipar las consecuencias positivas y negativas a LP de su conducta.
- Problemas de sueño y hábitos inadecuados de higiene de sueño.
- Pensamientos de suspicacia y atribuciones de hostilidad de los demás hacia él.
- Pérdida de placer.
- Bajo estado de ánimo (leve)

## 7. Objetivos y técnicas de tratamiento

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (9)	TRATAMIENTO (9)
Aumentar la conciencia de problema	Devolución de información
Disminuir ansiedad general	Respiración diafragmática
Aumentar el compromiso con la terapia	Contrato conductual

Fomentar un estilo de vida adaptativo	Planificación del tiempo
Modificar patrón de interacción social	Habilidades sociales + role-playing
Modificación Pensamientos Automáticos Negativos	Reestructuración cognitiva
Disminución de la ansiedad social	Exposición con prevención de respuesta
Manejo de situaciones problemáticas	Técnicas de solución de problemas + toma de decisiones
Prevención de recaídas	Identificación de situaciones de riesgo

**8. Duración del tratamiento:** 52 sesiones de tratamiento concluyendo en abandono

### 9. Características del caso

<b>9.1. Características del paciente</b>	<b>9.2. Sucesos vitales relevantes</b>	<b>9.3. Características de la terapia:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas para organizarse y mantener un horario estructurado</li> <li>- Historia de abandono de proyectos (cursos, trabajos, terapias...)</li> <li>- Conductas de evitación cuando anticipa malestar</li> <li>- Actitud sumisa frente a los demás</li> <li>- Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No ha conseguido completar 2º de Bachillerato ni ha conseguido terminar ninguno de los cursos de formación profesional que ha iniciado.</li> <li>- No tiene profesión estable.</li> <li>- Conflictos con sus padres por la falta de compromiso con el trabajo, los estudios y las tareas del hogar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevados niveles de ansiedad en consulta, latencia de respuesta alta y en ocasiones habla confusa. Manifiesta estar “intentando encontrar las palabras precisas para decir exactamente lo que estoy pensando y no equivocarme”.</li> <li>- No realización de tareas</li> <li>- Dificultad para cumplir horarios</li> </ul>

### 10. Posibles razones de la prolongación de la terapia (6 principales)

- **Varios intentos de tratamiento anteriores, siempre abandonados por el paciente**
- **Afrontamiento evitativo**
- **Problemas de adhesión a sesiones y tareas**
- **Escasa implicación o asunción de responsabilidad**
- **El paciente no percibe cambios significativos**
- **Visión negativista centrado en problemas sin plantear soluciones**

## **J. CASO 10**

**1. Datos Personales:** Hombre, 25 años, soltero, nivel educativo bajo

**2. Motivo de consulta:** “Mucha timidez con las chicas, siempre me corto”

### **3. Diagnóstico**

Eje I: F40.1 Fobia social

F65.1 Fetichismo transvestista

Eje II: Z03.2. Sin diagnóstico [V71.09]

Eje III: Ausente

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos al ambiente social

Problemas relativos a la enseñanza

Eje V: FAG 60

**4. Tratamientos anteriores:** 8 meses de tratamiento psicológico para Fetichismo

**5. Apoyo Social:** Escasa red social y apoyo familiar

### **6. Lista de problemas**

- Dificultad para iniciar y mantener conversaciones
- Dificultad para solicitar cosas en el trabajo u otras situaciones
- Activación fisiológica elevada
- Evitación de situaciones sociales
- Escape de situaciones con personas del sexo opuesto
- Ausencia de expresión de emociones y sentimientos
- Dificultad para establecer contacto con amigos a los que hace tiempo no llama
- Dependencia de los demás
- Aislamiento social



- Sentimientos de inferioridad e inadecuación

## 7. Objetivos de tratamiento y técnicas

<b>OBJETIVOS TERAPUETICOS (7)</b>	<b>TRATAMIENTO (15)</b>
Comprensión del problema	Presentación de hipótesis de origen y mantenimiento Presentación del plan de tratamiento Psicoeducación: sexualidad, masturbación. Manejo de creencias erróneas y mitos
Disminución de los niveles de activación fisiológica ante la conducta masturbatoria.	Respiración diafragmática
Mejora de las habilidades sociales y de comunicación	Planificación de actividades agradables Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación con la pareja
Mejora del reconocimiento y expresión de emociones	Aprendizaje de habilidades de expresión Regulación emocional de emociones Reestructuración Cognitiva
Modificar esquemas disfuncionales	Reestructuración Cognitiva
Reducir activación fisiológica ante situaciones sociales	Exposición en imaginación
Prevenir recaídas y mantenimiento de logros	Prevención de recaídas Evaluación de situaciones de riesgo Repaso de estrategias trabajadas

**8. Sesiones de tratamiento:** Abandono tras 47 sesiones de tratamiento.

## 9. Características del caso:

<b>9.1. Características de la paciente</b>	<b>9.2. Sucesos vitales relevantes</b>	<b>9.3. Características de la terapia</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasgos esquizotípicos de personalidad</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de empleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escasa realización de tareas</li> <li>- Añadir más objetivos durante el tratamiento</li> <li>- Obtención de escasos resultados</li> </ul>
--	---	--

#### 10. Posibles factores asociados a la prolongación del tratamiento (6 principales)

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Comorbilidad (diagnóstico Eje II no tratado)</i></li> <li>• <i>Cronificación de síntomas</i></li> <li>• <i>Problemas de adhesión sesiones o tareas (incumplimiento de tareas y rechazo de parte del tratamiento, abandono)</i></li> <li>• <i>Añadido progresivo de objetivos</i></li> <li>• <i>Escasa red social</i></li> <li>• <i>Escasos resultados</i></li> </ul> |
|--|

#### 4.2.2. Consideraciones sobre los análisis cualitativos de 10 casos clínicos

Enfrentados a una realidad tan dispar como la presentada en estos 10 casos se impone una sistematización de los datos a fin de poder proceder a su consideración.

Para ello se preparó una tabla que permitiera sistematizar la información. Las variables consideradas en la tabla se han seleccionado a partir del estudio de los casos, destacando aquellos aspectos que parecían más relevantes. Se han considerado tanto variables correspondientes a los diagnósticos, tratamientos, datos personales y sociales, como, especialmente, los factores considerados explícitamente como más importantes para la prolongación del tratamiento.

Algunos de los datos estudiados, como tipo de diagnóstico, o número de técnicas utilizadas, parece más relevante considerarlos a partir de los datos cuantitativos. Baste señalar que entre los casos escogidos se repiten algunos tipos de diagnóstico, como TEPT, Problemas de Control de Impulsos, Fobia social y Trastorno Depresivo, pero

además hay otros 8 tipos de diagnósticos diferentes. Esta variedad no puede permitir inferencias sobre los tipos de diagnósticos más asociados a la prolongación del tratamiento, pero es útil tenerla en cuenta al considerar algunas variables que se repiten, pues lo hacen a pesar de distintos tipos de diagnóstico.

a) *Variables sociodemográficas:*

*Sexo:* Llama la atención que si la frecuencia habitual con que acuden a una clínica hombres y mujeres suele ser de 1/7 de hombres por 2/3 de mujeres (Labrador, Estupiñá y García-Vera., 2010; Vallejo et al., 2008; Valero y Ruiz 2003) en estos casos hay un 50% de hombres. Quizá pueda deberse a un sesgo a la hora de seleccionar los casos, pero puede ser una pista que ponga de relieve bien una realidad más complicada en los hombres cuando acuden a tratamiento psicológico, o simplemente un peor desarrollo del tratamiento con los hombres. Pero sólo puede ser una sugerencia a considerar con análisis de grupos más amplios.

*Estado Civil:* A pesar del bajo número de la muestra, el 70% de los casos son solteros, porcentaje similar al de Labrador et al (2010) (67,3%) con una muestra de 856 paciente, lo que apoya una mayor frecuencia de problemas entre los solteros.

*Nivel de estudios:* Aunque solo disponemos de diez casos, se destaca el elevado nivel educativo de los pacientes (el 50% tiene estudios universitarios o están estudiándolo).

*Red Social de apoyo:* También destaca que en la mayoría de los casos (7, y quizá también el caso 9) hay problemas con la red social de apoyo, o es escasa, o de mala calidad o inexistente. En algunos casos esta inadecuada red social incluye también a la propia familia. Sería conveniente un análisis más preciso de esta variable, que incluyera una delimitación más concreta y precisa de en qué consiste una inadecuada red social.

Quizá considerar distintos ámbitos, como relaciones con la familia, grupos y número de amigos a los que puede acudir, si vive sólo o acompañado, etc. Y por supuesto establecer hasta qué punto esto puede influir en la problemática del paciente, y por tanto intervenir en este sentido. Podría ser que el escaso o inadecuado apoyo social, influyera directamente en el mantenimiento del problema o ser parte causante del mismo.

En cualquier caso queda patente lo importante de esta variable que aparece en la mayoría de los casos considerados, también la necesidad de un análisis más preciso, quizá algo que señalara condiciones mínimas para considerar una red social adecuada. Esto ayudaría a evaluar de forma rápida y sencilla este factor y, una vez establecidos criterios de referencia, actuar de forma precisa en la dirección señalada. Si no se establecen criterios acerca de qué es una red social adecuada, esta información se convertirá en una vaga alusión que sólo señala que “hay que mejorar” la red social. Pero no precisa si deben mejorarse las relaciones con los padres, o si procede aumentar el número de amigos y grupos en los que se incluye, o buscar un coterapeuta, etc.

*b) Variables Clínicas:*

*Diagnóstico:* Ya se ha comentado que no tiene mucho sentido considerar el tipo de diagnóstico presente, por lo que no se abordará este aspecto, que sin duda debe basarse más en análisis de muestras más amplias.

*Comorbilidad:* También en el análisis de casos se revela como una variable importante, pues está presente en 7 de los 10 casos, al considerar tanto la comorbilidad en el eje I como en el eje II. Lógicamente una mayor comorbilidad implicará una mayor desorganización y más objetivos a lograr, por lo que sin duda alargará la terapia. Como referencia señalar el trabajo de Labrador et al., 2010, en el que sobre una muestra de 856 pacientes, se apunta un índice de comorbilidad de alrededor del 17,7%.. Los

valores de comorbilidad encontrados en esto caso son muy superiores a los esperados. Por lo tanto sería otra variable a vigilar.

*Diagnóstico en el eje III:* Aunque no son muchos los casos con diagnóstico en el eje III, si se constata que la presencia de problemas físicos suele afectar a la prolongación del tratamiento. Probablemente la forma más importante en que produce este efecto tiene que ver con el hecho de que, debido a su enfermedad, o a los cuidados requeridos, tenga dificultades para acudir a las sesiones terapéuticas o no pueda acudir con la frecuencia indicada. También limitaciones en el cumplimiento de las tareas encomendadas, por la relación del problema médico sobre el tratamiento psicológico, como se observa en el caso 6 (T. pánico y afección cardíaca).

*Eje IV, Problemas con el grupo primario de apoyo.* Destaca que en 8 casos (y quizá también en el caso número 8), aparecen problemas con el grupo de apoyo primario. Estos datos son en parte próximos a los considerados de red social de apoyo y probablemente apunten en la misma dirección. No contar con un apoyo adecuado de las personas próximas parece asociarse a la prolongación del tratamiento. Ya se han considerado anteriormente las implicaciones de este dato, sólo añadir que un análisis más preciso permitiría saber si disponer de este apoyo es necesario para que pueda evolucionar positivamente el tratamiento. Ítem más, si conviene comenzar por aumentar el apoyo familiar y social para proceder después al tratamiento, o puede avanzarse en éste aun manteniendo esas carencias. La opinión de los autores es que es necesario un apoyo social mínimo, en especial del grupo primario, y si este no se tiene es probable que aunque inicialmente progrese el tratamiento no tarde en estancarse.

*Eje V, EEAG:* Destaca los valores tan bajos en la escala actividad general. Esto probablemente ponga de relieve una afectación muy importante en la vida de los pacientes, y en consecuencia una desorganización o desestructuración vital. De hecho

en 5 casos de forma directa se trabaja en la reorganización de la vida general del paciente. Lo mismo que en el caso del apoyo social, las valoraciones de la EEAG son vagas y aunque son valores cuantitativos, realmente es difícil establecer equivalencias precisas entre puntuaciones similares en distintos casos .

Además de los 5 ejes del diagnóstico DSM, hay otros aspectos a considerar de las variables clínicas.

*Sintomatología depresiva:* A pesar de que sólo dos casos presentan un diagnóstico de Trastornos depresivo, en 9 de ellos aparecen problemas de estado de ánimo, que incluso llevan a dedicar parte de los objetivos y técnicas de intervención a lograr su superación en el tratamiento. Es difícil saber si la sintomatología depresiva es causa o efecto de los trastornos o de la propia prolongación del tratamiento, pero en cualquier caso está presente en la mayoría de estos casos y va a suponer la necesidad de intervenir sobre ella, con independencia casi del tipo de diagnóstico del paciente, pero de especial relevancia para conseguir tratar con eficacia el diagnóstico principal.

*Problemas de autoestima:* En 7 de los casos aparecen problemas de autoestima, siendo en 6 de ellos un objetivo adicional del tratamiento. Las indicaciones sobre los problemas de estado de ánimo se pueden repetir aquí. Con independencia de ser causa o efecto del trastorno o la prolongación del tratamiento, estará presente en un número importante de casos y será necesario trabajarla como un objetivo terapéutico más. La experiencia personal con los pacientes parece apuntar que estos problemas de autoestima, aunque con frecuencia son previos a la llegada a consulta, suelen colaborar en el “estancamiento” del tratamiento pues la persona considera de forma inadecuada muchas veces, que no tiene capacidad para hacer lo que en realidad si puede.

*Tratamientos anteriores:* En 6 de los casos hay un tratamiento previo. De nuevo valores algo más elevados a los promedios habituales en los pacientes que acuden a las clínicas de psicología, eso si se reparten por igual los tratamientos previos con fármacos y los psicológicos. La existencia de un tratamiento previo señala la importancia del problema y probablemente también que el paciente lleva ya tiempo con éste. Este dato, junto con el de comorbilidad e incluso el de desorganización vital, ponen de relieve que son casos de especial complejidad, que requieren un cambio más importante en su vida y por tanto es lógico que el proceso de lograrlo sea más largo.

c) *Variables de Tratamiento:*

*Objetivos del tratamiento y número de técnicas iniciales, y añadido de objetivos terapéuticos:* Algunas de las variables puestas de relieve en el análisis cuantitativo anterior de nuevo vuelven a destacarse. En concreto el número de objetivos y técnicas; en 7 de los casos hay más de 8 objetivos al inicio, y en 5 de los casos se van incorporando nuevos objetivos conforme avanza el tratamiento. Sirvan estos datos para apoyar los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo. No obstante, dadas las características del análisis cualitativo, no se puede hacer más que apuntar lo que por otro lado ya ha quedado claro en el análisis anterior, el número de objetivos y el número de técnicas parecen factores muy relevantes en la prolongación de los tratamientos.

d) *Variables referidas a la evolución del tratamiento:*

Se consideran aquellas variables que tienen que ver con lo que sucede al aplicar el tratamiento, en especial con la actuación del paciente.

*Problemas de adhesión (tareas y sesiones):* Hace referencia a si el paciente acude a sesión de forma regular, o falta o anula alguna de las sesiones. También si

cumple las tareas que se le encomiendan para casa. En cuatro de los casos aparecen problemas importantes de adhesión al tratamiento. Es lógico que una menor adhesión haga que el tratamiento funcione peor o más lentamente. De forma que incluso un tratamiento muy eficaz pueden llegar a no serlo en absoluto. Se deben pues hacer esfuerzos en esta dirección para lograr una mayor adhesión, pudiendo recurrirse bien a sistemas de contingencias operantes, bien a una Psicoeducación más completa para que el paciente entienda mejor su problema y la importancia de realizar las tareas encomendadas. Dado que todo proceso terapéutico es básicamente un proceso educativo o de aprendizaje, si el paciente no entiende bien el problema o su situación, o no se consigue motivar a la realización de las tareas, es lógico que este proceso se bloquee con el consiguiente efecto de retardo del tratamiento.

*Sucesos vitales estresantes:* Aunque en sólo dos casos aparecen sucesos vitales estresantes, es importante señalar que en estos momentos la terapia se paraliza o estanca en mayor o menor medida, puesto que ha de realizarse un paréntesis para tratarlo. Así pues, se deberá estar especialmente atento a estos sucesos para intervenir, pues hay que tener en cuenta que los pacientes suelen estar en el momento de “debilidad” psicológica, en el que determinados acontecimientos podrían suponer un parón en el tratamiento.

*Metas irreales y/o no reconocimiento de logros:* También en varios casos aparece este problema. Si las metas a conseguir son irreales es normal que el paciente se desanime o se no implique en algunas de las tareas. Nuevamente se hará necesario intervenir en este sentido. Una buena Psicoeducación debe precisar los objetivos realmente adecuados y alcanzables. En muchos casos habrá que señalar a la persona la importancia de aceptar su realidad y marcarse objetivos acordes con ésta y no utópicos. Por lo mismo reconocer que incluso logros pequeños son importantes y no esperar cambios demasiado grandes en especial en períodos o breves o sin esfuerzo por parte



del paciente. En este mismo sentido pero en relación al terapeuta, sería necesario comentar que algo que puede incidir en el alargamiento de los tratamientos son sus propias expectativas, a veces rígidas con la consecución de los objetivos de un paciente. Esto sería, marcar determinadas metas irreales en el inicio o no flexibilizar la perfecta consecución de uno de ellos por parte del paciente, entendiendo flexibilizar como haber alcanzado un adecuado funcionamiento de la persona en ese punto..

*Escasa implicación o asunción de la responsabilidad:* Ha aparecido en algunos casos. Quizá influidos por la actuación de otros profesionales, como los médicos, algunos pacientes consideran que su responsabilidad en el problema y en su superación es tan pequeña como la que corresponde a tomar un fármaco. De hecho algunos pacientes destacan que será el fármaco el responsable de su mejoría que espera así conseguir de forma “mágica”. Por tanto es lógico pensar que esto influya en la realización de tareas para casa y en consecuencia en el alargamiento de la terapia.

*Afrontamiento emocional o evitativo:* Hace referencia a las habilidades de afrontamiento del paciente, o mejor a la falta de éstas. De forma que ante situaciones demandantes el paciente o bien las afronta dando respuestas emocionales, o bien evita hacerlas frente. En ambos casos el resultado suele ser la escasa probabilidad de superar estas demandas. Cambiar esta forma cronificada de responder a las demandas es determinante para la mejora del paciente y de su pronta o tardía recuperación.

**Tabla resumen de los datos más relevantes identificados en los análisis cualitativos.**

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Variables Socio-demográficas</b>										
Sexo	Mujer	Mujer	Hombre	Hombre	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Hombre
Edad	48	20	24	48			26	26		
Estad. civil	Casado	Soltero	Soltero	Casado	Soltero	Casado	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero
Estudios	Medios	Superiores	Superiores	Bajos	Medios	Bajos	Superiores	Superiores	Medios	Bajos
Inadecuada red social	X			X		X	X	X	X	X
Falta de organización vital /desempleo	X		X			X		X	X	X
<b>Variables Clínicas</b>										
Diagnóstico	Control impulsos	TAG, TCA, TD	Fobia social	Exhibicionismo Pareja	TOC	TEPT, TADP, TAng	TEPT	TDM	Control impulsos	Fob Social Fetic-Travest
Comorbilidad Ejes I y II	-----	X	Rasgos	X	X	X		X	X	X
Eje III	X	X				X				
Eje IV	X	X		X	X	X	X	(X)	X	X
EEAG	35	65	60	50	60	50	60	60	41-50	60
Bajo Estado Animo	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Autoestima		X	X	X	X	X		X	X	
Tratamiento	X (p y f)		X (p y f)		X (f)	X (f)		X (p)	X (p)	

anterior																		
<b>Variables de Tratamiento</b>																		
Objetivos terapéuticos iniciales	13	11	8	12	10	11	10	9	9	9	10	9	10	9	10	10	12	X
Añadido de objetivos terapéuticos	X	X		X				X										X
Número de técnicas	25	21	11	12	17	14	17	11	17?	11	17	11	10	17?	10	12	12	
<b>Variables de Evolución del Tratamiento</b>																		
Problemas de adhesión	X			X											X			X
Sucesos vitales estresantes		X			X								X					X
Metas irreales/ no reconoce logros				X						X					X			X
Escasa implicación	X				X								X					
Afrontamiento emocional o evitativo		X												X				X

*Nota:* p = tratamiento psicológico; f = tratamientos farmacológico; TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada; TEPT = Trastorno de estrés Posttraumático; TD(M) = Trastorno Depresivo (Mayor); T Ang = Trastorno de Angustia.

## 5. Consideraciones finales y propuestas de actuación

### 5.1. Variables Sociodemográficas

#### a) Sexo y edad:

Sin duda el resumen más acorde con los datos es que, como en otros trabajos ya publicados (Estupiñá et al., 2008; Ballesteros, Fernández, Labrador, en prensa), no han aparecido diferencias significativas en lo que se refiere a edad y sexo. Si bien, conviene atender a algunas indicaciones que pueden sugerir los análisis tanto estadísticos como cualitativos, con respecto al factor sexo. Se observa un incremento en el porcentaje de varones conforme aumenta la duración de los tratamientos 26,7% (grupo corta duración), 28,8% (grupo de media), 34,6% (grupo larga). Estas diferencias se diluyen en los diez casos analizados, en los que el 50% son hombres. Ciertamente que las diferencias no alcanzan valores estadísticamente significativos, pero la tendencia es clara y conviene tenerla presente.

¿Qué valor tendría esta diferencia? Probablemente pueda estar apuntando a un efecto ya resaltado por datos anteriores. Que los hombres acudan menos a tratamiento psicológico (en muestras clínicas se señala un hombre por cada dos mujeres de promedio) y es posible que, cuando acudan lo hagan por problemas más importantes (quizá más cronificados o que afecta a más aspectos de su vida). De ahí su mayor representación proporcional en los grupos de los tratamientos más prolongados. Una alternativa adicional es que muestren más reticencias al tratamiento o una menor implicación. En el análisis cualitativo, de los cuatro pacientes que presentan baja adhesión al tratamiento 3 son hombres. Una hipótesis, probablemente muy aventurada, sería que podría estar subyaciendo una cierta reticencia al tratamiento psicológico por considerarlo algo más propio de mujeres, o menos indicados para “hombres fuertes”. La imagen “masculina” podría perder categoría si se la asocia a un tratamiento psicológico.

#### Recomendaciones de cara a la actuación

- *Importancia de cuidar una publicidad especialmente dirigida a los hombres sobre el valor o las ventajas del tratamiento psicológico.*
- *Dar especial relevancia en la exposición del programa terapéutico, además de a lo que se debe hacer, a los beneficios que se obtendrá.*

#### b) Red Social de apoyo:

Es una variable que no es considerada en los análisis de datos cuantitativos, pues es difícil de cuantificar (por ejemplo: *el problema es tan grave que no encuentro a quien contárselo, o me aísla. No tengo quien pueda ayudarme en mi situación...*). Pero se ha mostrado de especial relevancia en los análisis cualitativos, al presentarse problemas en esta red de apoyo en 6-7 de los 10 casos. Estos datos son de especial relevancia al considerar también los referentes al eje IV del diagnóstico, pues en 8-9 casos aparecen “problemas con el grupo de apoyo primario”.

De esta forma queda patente lo importante de esta variable que aparece en la mayoría de los casos considerados. Así como la necesidad de un análisis más preciso que un simple valor cualitativo adecuada/inadecuada. Sería útil poder establecer las condiciones precisas que implica disponer de una red de apoyo social adecuada, señalando los aspectos necesarios y la forma de cuantificarlos. Por ejemplo, dar valores a vivir en pareja y con buena relación, o convivir con varias personas ¿familia?, disponer de más de un grupo de amigos de referencia, o el número de amigos íntimos, etc... De esta forma se podría establecer si se alcanzan unos valores mínimos en este factor, además de conocer con más precisión cuánto de adecuada es la red social de la persona y, caso de no serlo, qué áreas o aspectos de la red social convendría desarrollar.

Del mismo modo sería útil disponer de un instrumento que permita cuantificar estos aspectos, ayudando a evaluar de forma rápida y sencilla este factor y señalar con más precisión la dirección en la que debe actuarse. Por el contrario, la falta de precisión actual con consideraciones cualitativas (adecuada/no adecuada) sólo permite sugerencias genéricas, “hay que mejorar la red social”, pero sin orientar qué aspectos o en qué ámbitos.

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Establecer con precisión las áreas o componentes que conforman el apoyo social.</i></li><li>• <i>Desarrollar un procedimiento o instrumento o que permita evaluar de forma rápida, sencilla y cuantificada el nivel de apoyo social de un paciente.</i></li><li>• <i>Establecer el nivel mínimo de apoyo social para que pueda funcionar un tratamiento.</i></li><li>• <i>Abordar si es necesario el desarrollo de apoyo social adecuado antes de iniciar el tratamiento</i></li></ul>



c) *Falta de organización vital /desempleo:*

Es otra variable no detectada, o sólo de forma indirecta, por los análisis cuantitativos, que adquiere relevancia en los análisis cualitativos. En seis de los diez casos se evidencia una falta de organización o estructuración de la vida del paciente. Falta de organización que puede ser causa o efecto del problema psicológico, pero que es necesario tener en cuenta, pues si no se modifica difícilmente podrá avanzar el tratamiento. No en vano, uno de los objetivos de cualquier tratamiento es la autonomía personal, algo difícil de conseguir si no haya una mínima organización vital.

Como en el caso anterior es posible que la falta de información al respecto en los análisis cuantitativos tenga que ver con la no disposición de un instrumento que permita evaluar este factor. Es verdad que las puntuaciones del eje V en la EEAG (DSM-IV-TR) de alguna manera tratan de recoger esta realidad, y en el estudio cualitativo, en todos los casos las puntuaciones son bajas (sólo uno supera escasamente los 60 puntos y 5 no

superan los 50). Pero la información que proporciona el eje V, a pesar de aportar un valor cuantificado son de escasa precisión y es difícil asegurar que los 50 puntos de los casos 4, 6, 8 y 9 pongan de relieve una realidad similar.

Sin embargo este factor parece determinante, y no tiene sentido que sea poco considerado por el hecho de no haber desarrollado instrumentos precisos al respecto. A juicio de los autores, basado tanto en los datos aportados por la Psicología Clínica, como en las propias experiencias personales en terapia, es imprescindible una mínima organización vital para que el tratamiento psicológico tenga sentido o pueda avanzar. De hecho en algunos casos es previo al propio tratamiento reorganizar la vida del paciente. Disponer de un procedimiento para evaluar de forma precisa esta organización sería de gran ayuda. Facilitaría identificar con precisión qué parte de la vida del paciente no alcanza un nivel de organización mínimo (objetivos personales, pareja, familia, trabajo, ocio, amigos, etc...), y en consecuencia en qué área o dirección debe trabajarse.

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Establecer con precisión las áreas o componentes que conforman la organización vital.</i></li><li>• <i>Desarrollar un procedimiento o instrumento que permita evaluar de forma rápida, sencilla y cuantificada el nivel de organización vital de un paciente.</i></li><li>• <i>Establecer el nivel mínimo de organización vital para que pueda funcionar un tratamiento</i></li><li>• <i>Abordar si es necesario el desarrollo de la organización vital antes de iniciar el tratamiento</i></li></ul>

## 5.2. Variables Clínicas

### a) Tipo de diagnóstico:

El tipo de diagnóstico se ha mostrado como una variable relevante asociada a la prolongación del tratamiento, aunque su peso no es muy elevado. A partir de los datos obtenidos es difícil establecer cuáles son los diagnósticos que más se asocian a la prolongación, serían necesarias muestras más amplias. Con todo, teniendo en cuenta los

resultados obtenidos y los datos de la literatura al respecto, Vallina y Lemos (2001), Secades y Fernández (2001) o Saldaña (2001), es posible que la colaboración del tipo de diagnóstico a la prolongación del tratamiento tenga que ver sobretodo con el nivel de alteración o desorganización que produce en las distintas áreas de la vida de la persona. Aquellos trastornos, como los TCA, trastornos adictivos o esquizofrénicos, que están presentes de forma diaria y casi constante y afectan a muchas o todas la áreas de la vida cotidiana, es probable que requieran más objetivos y áreas a modificar y en consecuencia colabora en a prolongar los tratamientos. Esta hipótesis es apoyada en parte por la mayor presencia de los diagnósticos más inespecíficos (Otros problemas de atención clínica, Códigos adicionales o sin diagnóstico) en el grupo de corta duración.

Con todo, las posibilidades de actuación que, de cara a hacer más breve el tratamiento, permite este factor son escasas. No tiene sentido intentar modificar un diagnóstico para abreviar el tratamiento (en especial si se quiere que el tratamiento sea efectivo). Es más, dado que el tratamiento rara vez se deriva del diagnóstico DSM, sino que se diseña a partir de una evaluación psicológica más completa y que incluye hipótesis explicativas causales, probablemente sea más prudente dar más importancia a las conductas objetivo de modificar que al diagnóstico categorial.

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Insistir más en la importancia de las conductas específicas que en las categorías diagnósticas</i></li><li>• <i>Importancia de considerar el número de áreas del funcionamiento de la persona afectadas por el problema.</i></li></ul>



b) *Comorbilidad:*

Tanto los análisis cuantitativos como cualitativos señalan la importancia de este factor, los casos con comorbilidad, sea con el eje I o el eje II, se asocian a una



prolongación del tratamiento. La lógica es completamente obvia, modificar dos problemas debe ser más largo que modificar uno, aunque sólo sea porque habrá más objetivos a lograr y requerirá el uso de más técnicas. Es posible que, además, algunas interacciones entre trastornos tenga un efecto interactivo mayor incluso al mero efecto adicional. La literatura al respecto reiteradamente ha confirmado esta realidad (Deveney y Otto, 2010; Labrador *et al.*, 2011, Morrison *et al.*; 2003).

Nuevamente las posibilidades de actuación a partir de esta variable para reducir el tratamiento tampoco son muchas, y pasan sobre todo por la decisión de qué abordar primero y qué después. También habría que tener en cuenta la selección de las técnicas con el fin de seleccionar aquéllas que modifiquen procesos comunes a las distintas conductas problema. Sin embargo no se dispone apenas de indicaciones, y mucho menos de “Guías” o “Protocolos” para el abordaje de trastornos comórbidos, salvo casos muy excepcionales (ver Labrador *et al.* 2009).

Recomendaciones para la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Insistir en la importancia de las conductas específicas más que de las categorías diagnósticas</i></li><li>• <i>Establecer directrices o guías clínicas que organicen la secuencia de intervención en casos de comorbilidad.</i></li><li>• <i>Seleccionar técnicas que modifiquen procesos comunes de las conductas problema</i></li></ul>

c) *Problemas en el eje III:*

Como se ha señalado, la presencia de problemas médicos parece afectar al limitar las posibilidades de actuación del paciente, que a veces se reflejan en una alteración del curso regular del tratamiento (imposibilidad de asistir a algunas sesiones o con la frecuencia requerida), o a las dificultades para la aplicación de algunas técnicas o realización de tareas.

Del mismo modo en la aparición de algunos problemas médicos se pueden producir importantes alteraciones en la vida de las personas, lo que puede favorecer el desarrollo de ciertos desórdenes psicológicos que si no se tienen en cuenta desde un principio pueden agravarse o cronificarse alargando de esta manera el tratamiento en curso. Existen algunas escalas de ajuste para determinados problemas médicos que son útiles a la hora de evaluar la adaptación de la persona a su nueva condición, lo que puede ayudar a detectar si es necesario intervenir de forma específica.

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Estar prevenidos de la posibilidad de una menor adhesión al tratamiento, preparando una actuación que puede realizarse incluso con periodos de intermitencia</i></li><li>• <i>Adecuar las técnicas y las tareas a los problemas médicos</i></li><li>• <i>Evaluar el impacto en la vida del paciente</i></li></ul>



*d) Problemas con el grupo primario de apoyo:*

Este factor ya está considerado en el apartado de Inadecuada Red Social.

*e) Puntuación en la EEAG:*

Este factor ya está considerado en el apartado de falta de organización vital.

*f) Tratamientos previos:*

También aparece como un factor relevante, aunque con un peso no muy elevado. Más del 60% de los pacientes del grupo de larga duración, o de los 10 casos considerados, vienen tras haber recibido un tratamiento previo, obviamente fracasado.

Probablemente el valor de este factor, además de posibles efectos iatrogénicos producto de algunos tratamientos, tenga que ver con el hecho de suponer casos más complicados (es lógico suponer que los más sencillos respondieron mejor a un tratamiento previo). ¿Por qué son más complicados? Hay pocos datos al respecto. ¿Este efecto negativo es mayor si el paciente tuvo un tratamiento psicológico o farmacológico? También es difícil responder a esta pregunta, dado que la frecuencia con

que se aplican tratamientos farmacológicos y psicológicos es muy dispar, también el tipo de personas que acude en busca de uno u otro. Así mismo la existencia de un tratamiento previo habla de la cronificación del problema, un factor que nuevamente se debe reflejar en cambios en más áreas de la vida cotidiana del paciente.

A pesar de estas consideraciones, y teniendo en cuenta los factores incluidos en el apartado de Evolución del tratamiento (Metas irreales, implicación, adhesión...), sería muy útil conocer el tratamiento anterior para modificar, si se hace preciso, la forma en que debe entender un paciente el proceso terapéutico y su implicación. También para poder identificar si algunos de los problemas presentes en el momento actual (o ausentes) pueden deberse a un tratamiento anterior, tanto farmacológico como psicológico (creencias irracionales, atenuación de síntomas de ansiedad, etc).

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Identificar la existencia y tipo de de tratamientos previos</i></li><li>• <i>Atender a la presencia de posibles efectos iatrogénicos de tratamientos anteriores</i></li><li>• <i>Dedicar tiempo en la sesión de devolución de información a explicar el desarrollo del proceso terapéutico, en especial a resaltar la importancia del papel activo del paciente</i></li><li>• <i>Atender a posibles síntomas de cronificación debido a la inoperancia del tratamiento anterior</i></li></ul>

*g) Bajo estado de ánimo y problemas de autoestima:*

Llama la atención que ambos tipos de sintomatología estén presentes en la mayoría de los casos considerados. Aunque esto es sólo un valor testimonial de referencia, sin duda es interesante tenerlo en cuenta. Sería bueno saber si son causa o efecto de la prolongación de los tratamientos. Es normal que con un bajo estado de ánimo o una baja autoestima sea más difícil que la persona se movilice a llevar a cabo las conductas necesarias para el cambio terapéutico. Pero también que como

consecuencia de la prolongación del tratamiento haya cundido el desánimo y la falta de confianza en poder conseguirlo. Pero sean causa o efecto, desde luego su presencia debe suponer una atención especial y probablemente implique una actuación dirigida a su control en los primeros momentos del tratamiento. Es difícil, por ejemplo, que tenga éxito un tratamiento de exposición cuando la persona tiene problemas de estado de ánimo y/o de autoestima, de hecho en muchos casos no será en absoluto aconsejable. Es difícil que una persona con problemas de autoestima progrese adecuadamente en el desarrollo de conductas de afrontamiento o habilidades sociales. Trabajar inicialmente en estos problemas, probablemente permita abordar con más garantía de éxito los considerados como “problemas principales” del paciente. Probablemente esto ayuda a que el tratamiento sea más breve y, también, más eficaz.

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>En todos los casos que se prolongan atender a la presencia de síntomas de depresión y problemas de autoestima</i></li><li>• <i>Anteponer, siempre que sea necesario (casi siempre), el aumento del estado de ánimo y/o la autoestima a las intervenciones más específicas</i></li></ul>

### **5.3. Variables del tratamiento**

#### *a) Número de objetivos y número de técnicas utilizadas:*

Parecen las variables más importantes para la prolongación del tratamiento, en especial el número de técnicas y su mayor o menor complejidad. Tanto los estudios cuantitativos como el cualitativo apoyan el valor de estos factores, por otro lado también muy apoyados en la literatura al respecto (Labrador et al., 2010; Bados y Garcia, 2008). No tiene sentido repetir la discusión al respecto de los análisis cuantitativos, por lo que nos centraremos en su significado para la reducción del tratamiento.

Respecto a los objetivos se apunta mejorar la precisión de estos atendiendo de manera más concreta a las conductas requeridas, no a los trastornos. Precisar conductas en vez de objetivos más generales ayudará a precisar y también acortar el tratamiento.

Por otro lado el hecho de que habitualmente se vayan incorporando objetivos nuevos conforme avanza la terapia, puede desorganizar el curso de ésta. En ese sentido conviene mantener los objetivos iniciales (salvo situaciones o casos excepcionales) hasta haberlos superados. Una vez logrado esto añadir los nuevos objetivos.

El número de técnicas es el factor con mayor peso (de hecho mayor que todos los demás juntos), en la prolongación de los tratamientos y hacia él deben dirigirse principalmente los esfuerzos para reducir su duración. Las vías de actuación son claras, hay que reducir el tiempo dedicado a entrenar técnicas, tarea que puede abordarse de múltiples maneras, algunas de las cuales se incluyen en el cuadro de recomendaciones.

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Tener presente que el objetivo de un tratamiento es cambiar “algunas conductas” del paciente, rara vez “cambiarle toda su vida”.</i></li><li>• <i>Precisar los objetivos atendiendo más a conductas concretas que a categorías diagnósticas</i></li><li>• <i>Ceñirse a los objetivos principales, al menos hasta haberlos superado, sólo después considerar los nuevos.</i></li><li>• <i>Considerar la necesidad real del uso de cada una de las técnicas propuestas</i></li><li>• <i>Siempre que sea posible ajustarse a un protocolo de intervención</i></li><li>• <i>Identificar qué técnica o tratamiento es adecuado para cada conducta problema, u objetivo terapéutico, no sólo para cada trastorno</i></li><li>• <i>Tener en cuenta cara a la intervención no sólo la conducta en sí, sino la función de esa conducta.</i></li><li>• <i>Importancia de desarrollar nuevas técnicas de intervención más breves</i></li><li>• <i>Desarrollar procedimientos de entrenamientos más eficaces, en consecuencia, y breves para las técnicas existentes</i></li><li>• <i>Desarrollar e implementar estrategias para complementar el trabajo en sesiones (materiales de ayuda, coterapeutas, etc.)</i></li></ul>

- *Importancia de utilizar o desarrollar en su defecto técnicas que actúen sobre distintos problemas a la vez.*

#### **5.4. Variables referidas a la evolución del tratamiento**

##### *a) Problemas de adhesión:*

El mejor tratamiento no tendrá ningún efecto si no es seguido, de forma que la adhesión (asistencia a las sesiones de forma regular y realización de las tareas encomendadas) es un factor de especial relevancia. Ciertamente también es un factor un tanto complicado de cuantificar, pero se hace necesario un esfuerzo para lograrlo. Hay que conseguir que el paciente lleve a cabo estas conductas a ser posible al 100%. Para ello puede actuarse en varias direcciones.

Ya se ha señalado el valor de exponer, al proponer el tratamiento la importancia del papel activo del paciente. Habrá que dedicar especial atención a constatar que lo ha entendido y lo acepta, en caso contrario insistir hasta asegurarse que lo ha hecho. Pero estar de acuerdo en sesión no es suficiente para que algún tiempo después (1, 2 ó 5 días) realice las conductas indicadas. Será conveniente en muchos casos establecer, en el ambiente natural del paciente, sistemas operantes y “reglas”, que por un lado le recuerden al paciente el momento de su realización (técnicas de control de estímulos) y por otro le refuercen por su realización (técnicas de reforzamiento).

Estos procedimientos operantes, sin duda artificiales en las condiciones habituales, deben atenderse de forma importante en los primeros momentos. Posteriormente se espera sean sustituidos por las contingencias naturales conforme se vaya dominando la realización de las conductas. La importancia de contar con coterapeutas en el medio del paciente es evidente. Alternativamente se pueden desarrollar otros procedimientos que faciliten contingencias inmediatas por la

realización de la conductas (contactos telefónicos esporádicos, remisión de tareas de forma cotidiana por e-mail, etc...)

#### Recomendaciones cara a la actuación

- *Dar especial relevancia a la exposición del programa terapéutico, en especial al valor del papel activo del paciente*
- *Constatar que el paciente entiende y acepta la forma en que debe participar en el tratamiento. En caso contrario trabajar hasta conseguirlo antes de proceder a su inicio.*
- *Establecer condiciones en el medio que faciliten la realización de las conductas indicadas en la sesión terapéutica (técnicas de control operante y “reglas”):*
- *Uso de coterapeutas para facilitar este control operante in situ.*
- *Establecer procedimientos que permitan contingencias inmediatas por la realización de las conductas del paciente.*

#### b) *Sucesos vitales estresantes:*

Hay algunos tipos de sucesos muy impactantes, que denominamos vitales estresantes, cuya aparición quizá no sea muy frecuente (de hecho sólo se han identificado en 2 casos) pero que cuando parecen suponen un cambio drástico en el curso del tratamiento. Por ejemplo en uno de los casos la madre de la paciente se suicidó de forma especialmente cruel. Es difícil establecer una sistemática de acción para afrontar este tipo de situaciones episódicas. Parece que este es un factor para el que se pueden dar pocas indicaciones de actuación.

#### c) *Metas irreales o/o escaso reconocimiento de logros:*

Establecer metas irreales, ya sea en el establecimiento de los objetivos terapéuticos como en la realización de las técnicas, lleva a que, antes o después, el paciente se desanime y considere inútiles sus esfuerzos. Es más, es bastante probable que ni siquiera aprecie los logros conseguidos. En los momentos iniciales quizá pueda favorecer un incremento de la motivación del paciente, pero rápidamente los efectos

serán negativos. Es verdad que objetivos modestos pueden también tener un efecto poco positivo, por eso habrá que insistir en que el paciente comprenda bien su situación y sus posibilidades. Ayudarle a aceptar su realidad será mucho más útil y adecuado que generarle falsas expectativas. Eso sí, a la vez debe insistirse en que identifique las ganancias terapéuticas y las valore por pequeñas que sean. El uso de procedimientos que pongan de relieve estas ganancias (p.ej.: autorregistros), puede ser de especial utilidad.

Por otro lado, el paciente no es el único que puede fijarse objetivos irreales, también puede hacerlo el terapeuta. En este mismo sentido, unas metas inadecuadas en el terapeuta pueden llevar a prolongar el tratamiento. El tener expectativas irreales puede llevarle a un intento de conseguir objetivos inalcanzables, manteniendo una estrategia de intervención inadecuada o simplemente prolongando su intervención a la espera de lo que no puede llegar. Aplicar estrategias autocorrectivas en función de los resultados que se van obteniendo puede evitar este actuar rígido en pos de objetivos inalcanzables.

En cualquier caso, sea el paciente o el psicólogo, o ambos, quien presenta metas irreales o no reconocimiento de logros, el psicólogo debe detectarlo y darle solución.

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Asegurarse, en la sesión de exposición del tratamiento (Psicoeducación), que los objetivos del paciente son acordes a las posibilidades de actuación</i></li><li>• <i>Establecer criterios y referencias para que el paciente pueda identificar los logros conseguidos.</i></li><li>• <i>Dedicar de forma periódica un tiempo para que el paciente pueda identificar los cambios logrados, ayudando al desarrollo de expectativas de ganancias terapéuticas</i></li><li>• <i>Revisión periódica de los objetivos terapéuticos en función de los logros conseguidos por el paciente.</i></li></ul>



d) *Escasa implicación:*

No es infrecuente ver pacientes que consideran responsabilidad del profesional de turno su mejora, lo que hace que se impliquen menos de lo deseado en el tratamiento.



Parecen pensar algo así como: “¿Si lo que haga el psicólogo es lo determinante para qué molestarse? A este tipo de pensamiento puede colaborar tanto el concepto de “enfermedad mental” como el provenir de tratamientos u orientaciones de corte médico. En unos de los casos se señalaba como la paciente consideraba que la mejoría se produciría por la actuación del fármaco. Este problema de escasa implicación tiene también mucha relación con los ya visto de baja autoestima y de no adhesión. No obstante en algunos casos, esta falta de implicación puede venir de desconfiar de la terapia o del propio terapeuta (es muy joven, no ha pasado por mi experiencia...).

El terapeuta debe actuar para mejorar esta implicación, pues en caso contrario hay escasas posibilidades de que el tratamiento progrese. Como en otros ámbitos será determinante que entienda su problema, situación y el *modus operandi* del tratamiento.

Recomendaciones cara a la actuación
-------------------------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Dar especial relevancia a la exposición del programa terapéutico, en especial a la importancia de la implicación del paciente en el tratamiento</i></li><li>• <i>Constatar que el paciente entiende y acepta la forma en que debe participar en el tratamiento. En caso contrario trabajar hasta conseguirlo antes de proceder a su inicio.</i></li><li>• <i>Si es necesario abordar de forma directa las reticencias del paciente y darle poder de tomar decisión de continuar o cambiar.</i></li><li>• <i>Establecer un compromiso temporal de implicación por parte del paciente, con fecha de revisión de los logros (mediante criterios establecidos de antemano).</i></li></ul> |
|--|

e) *Afrontamiento emocional o evitativo:*

La falta de habilidades de afrontamiento de un paciente siempre es un problema, pero así mismo lo es que las estrategias que utilice sean no hacer frente a las demandas (evitación), o actuar de forma emocional. Son escasas la probabilidades de que una respuesta emocional sea la manera adecuada de responder a las demandas del medio..

En estos casos parece importante primero hacer ver al paciente lo inadecuado de responder a los problemas con estrategias emocionales o de evitación. Después ayudarle

a reconocer aquellas situaciones o condiciones en las que él mismo emite este tipo de respuestas de afrontamiento. Posteriormente proceder a cambiar esta forma de actuar enseñándole estrategias más adecuadas, como la Técnica de Solución de problemas, o la de Inoculación del estrés.

Recomendaciones cara a la actuación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hacer ver al paciente lo inadecuado de afrontar los problemas por medio de respuestas emocionales o de evitación</i></li> <li>• <i>Ayudarle a reconocer las situaciones o problemas ante los que él actúa de esa forma.</i></li> <li>• <i>Enseñarle estrategias más adecuadas de afrontamiento de los problema ( p.ej.: : Técnica de solución de problemas)</i></li> </ul>

### 5.5. **Resumen y recomendaciones finales**

Para concluir se resumen las principales conclusiones del trabajo y unas recomendaciones generales de cara a la intervención terapéutica.

FACTORES ASOCIADOS A LA PROLONGACIÓN DEL TRATAMIENTO
<p>– <b><u>Del paciente:</u></b></p> <p><i>Modificables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Negar o no entender el problema</li> <li>➤ Metas irreales y/o escasa percepción de logros</li> <li>➤ Rechazo o suspicacia respecto al tratamiento o atécnicas concretas</li> <li>➤ Creencias irracionales sobre su problema (locus de control externo/no responsabilidad)</li> <li>➤ Desorganización vital</li> <li>➤ Bajo estado de ánimo</li> <li>➤ Problemas de autoestima</li> <li>➤ Afrontamiento emocional y/o evitativo</li> <li>➤ Falta de adhesión (no realización de tareas e irregularidad en la asistencia)</li> </ul> <p><i>No modificables</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Importancia del eje III (añadido de patologías, interrupciones de la terapia o tareas)</li> <li>➤ Bajos recursos cognitivos o déficit intelectual</li> <li>➤ Traumas previos al inicio del tratamiento</li> </ul>
<p>– <b><u>De la terapia:</u></b></p> <p><i>Modificables:</i></p>

- Excesivo número de técnicas
- Prolongación en el entrenamiento de las técnicas y/o complejidad de las mismas
- Metas irreales del terapeuta
- Problemas en la relación terapéutica (dependencia, mentiras, etc.)

*No modificables*

- Tipo de diagnóstico
- Problemas comórbidos y/o diagnóstico múltiple
- Número de objetivos
- Añadido progresivo de objetivos conforme avanza la terapia
- Tratamientos anteriores

– **Del entorno.**

*Modificables:*

- Falta de apoyo social
- Problemas con el grupo primario de apoyo

*No modificables*

- Situaciones de estrés intenso previas o durante la terapia
- Algunos problemas del eje IV (desempleo, problemas económicos, etc.)

## RECOMENDACIONES GENERALES

- Considerar la organización vital del paciente antes de iniciar el tratamiento
- Dar mayor relevancia al proceso de devolución de información
- Resaltar la importancia de la implicación del paciente
- Motivar al cambio antes de iniciar la intervención
- Incrementar adhesión a terapia
- Precisar con realismo los objetivos y abordarlos de forma sistemática
- Priorizar los objetivos en función de sus efectos sobre otras conductas problema
- Implicar a otras personas en el tratamiento
- Desarrollar una adecuada red social

## 6. Referencias

- American Psychological Association (2012) *Website on research-supported psychological treatments*. Recuperado de <http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/index.html>.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-185.
- Bados (2005). *Fobias específicas*. Barcelona. Universidad de Barcelona.
- Bados, A. García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 479-504.
- Bados, A. y García, E. (2008). *Eficacia y utilidad clínica de la intervención en psicología clínica y de la intervención en psicología clínica y de la salud*. Barcelona: Universitat de Barcelona
- Baldwins, S.A.; Berkeljon, A.; Atkins,D.C.; Olsen, J.A.y Nielsen, S.L. (2009); Rates of change in naturalistic psychotherapy. Contrasting dose-effect and good-enough levels models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 203-2011.
- Ballesteros, F; Fernández, P y Labrador, F.J. (en prensa) Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos. *Anales de Psicología*.
- 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. 1, 160-167.
- Barnow, S., Linden, M., y Schaub, R. T. (1997). The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 312-316.
- Bernstein, D. A.y Borkovec, T. D (1973) *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign: Research Press.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.

- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M y Beck, A.T. (2005) The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L.; Baker, M. J.; Baucom, D.H.; Beutler, L. E; Calhoun, K. S.; Crits-Christoph, P.; Daiuto, A.; DeRubeis, R. Dertweiler, J. Haaga, D. A. F.; Jonhson, S. B.; McCurry, S.; Mueser, K. T.; Pope, K. S.; Sanderson, W.C.; Shoham, V; Stickle, T.; Williams, D. A., & Woody, S.R. (1998) *Update on Empirically Validated Therapies II*. American Psychological Association. Disponible en la World Wide Web: <http://www.apa.org/divisions/div12/est/97REPORT.html>
- Chambless, D. L.; Sanderson, W.C.; Shoham, V; Jonhson, S. B.; Pope, K. S.; Crits-Christoph, P.; Baker, M.; Jonhson, B.; Woody, S.R.; Sue, S.; Beutler, L. E; Williams, D. A., & McCurry, S. (1996) *An Update on Empirically Validated Therapies*. American Psychological Association. Disponible en la World Wide Web: <http://www.apa.org/divisions/div12/est/newrpt.html>
- Deveney, C.M. y Otto, M.W. (2010). Resolving treatment complications associated with comorbid depression. En Otto, M.W. y Hofmann, S.G. (2010) *Avoiding treatment failures in the anxiety disorders*. (pp. 231-249). New York: Springer Sciences
- Eckert, P. A. (1993) Acceleration of change: Catalysts in brief therapy. *Clinical Psychology Review* 13, 3, 241-253.
- Espada, J.P., Méndez, X. y Orgilés, M. (2004). Principios y dimensiones de la intervención con menores en riesgo. En A. González, J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (Coords.). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. (pp. 57-84). Plan Nacional sobre Drogas
- .Estupiña, F. J., Aranda, I., Ballesteros, F., Sánchez E. M., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2008). *¿Existe un perfil de pacientes que prediga una prolongación del tratamiento la depresión?* Póster presentado en la IV reunión anual de la SEPCyS celebrada en Zaragoza.
- 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.
- 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, 169-176.
- 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.
- Kazdin, A.E. (2008)\_Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kendal, P. C. y Chambless, D. L., (dirs.) (1998) Empirically Supported Psychological Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology (special issue)*, 66, 3-167.
- Kopta, S. M. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: A defining achievement for dr. kenneth howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 727-733
- Korobkin, S. B.; Herron, W. G. y Ramírez, S. M. (1998). Severity of symptoms of depression and anxiety as predictors of duration of psychotherapy. *Psychological reports*, 82, 427 – 433.
- Koss, M. P. (1979). Length and psychotherapy for clients seen in private practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 210 – 212.
- Koss, M. P. (1980). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of child and adult clients seen in private psychological practise. *Psychotherapy: theory, research and practise*, 17, 268 – 271.
- Labrador, F. J. (2008) Técnicas de control de la activación. En Labrador, F. J. (Dir) (2008) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador (2012) Presente y retos de los tratamientos psicológicos. En F.J. Labrador y M, Crespo, (2012). *Psicología Clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., y Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 117-130.

- Labrador, F.J. y Crespo, M. (2012). *Psicología Clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000) *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J.; Estupiñá, F.J. y García-Vera, M.P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Labrador, F. J., Fernández, P. y Ballesteros, F. (2011) Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de psicología* 27, 319-326
- Labrador, F. J., Rincón, P., Estupiñá, F. J., Crespo, M., de Luis, P., Fernández-Velasco, R. (2009). *Protocolos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género. Marco teórico y fundamentos teóricos*. Ministerio de Igualdad y COP: Madrid.
- Lehman. A.F., Goldberg R.W., Dixon, L.B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A., y McDonnell, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*. 59, 165-72.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Lin, J. C. H. (1998). Descriptive characteristics and length of psychotherapy of chinese american clients seen in private practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 571 – 573.
- Morrison, K.; Bradley, R. y Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy*, 76, 109-132.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 76, 259-271.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., . . . Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 259-271.

- Muñiz, J. A. (2004). Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de terapia familiar breve en el ámbito privado. *Papeles del Psicólogo*, 87, 29-34.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2006) *A guide to treatments that work*. 3rd edition. New York: Oxford University Press.
- O'Connor, R.M. y Stewart, S.H. (2010). Substance use disorders. En McKay, D., Abramowitz, J.S. y Taylor, S. (2010). *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*. (pp. 211-229). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- of child and adult clients seen in private psychological practise. *Psychotherapy*:
- Ost, L. G. (1987) Applied relaxation : Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25,397-409.
- Öst, L. G., Alm, T., Brandberg, M. y Breitholtz, E. (2001). One vs. five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 167-183.
- Pérez, M. Fernández, R. Fernández, C. Amigó, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Ed. Pirámide.
- Quiroga, R. y Errasti, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 3, 393-406.
- Rapee, R.M., Gaston, J., y Abbott, M.J. (2009). Testing the Efficacy of Theoretically-Derived Improvements in the Treatment of Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 317-327
- Reynolds, S., Stiles, W. B., Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E. y Rees, A. (1996) Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 577-586
- Rodríguez, A. (2004) La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los Tratamientos Empíricamente Validados. *Papeles del Psicólogo*, 25, 45-55.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996) *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guilford Press.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 3, 381-392.
- Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: Nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 3, 365-380.



- Seligman, M. E. (1995) The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Pscyhologist*, 50, 965-974.
- Shapiro, D., Rees, A., Barkham, M. y Hardy, G. (1995) Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioural and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 378-387.
- Spirito, A. (dir.) (1999) Empirically Supported Treatments in Paediatric Psychology. *Journal of Paediatric Psychology* (special issue), 24, 87-174.
- Stewart, R.E., y Chambless, D.L. (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.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. y Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to non-randomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 127-135.
- Valero, M. & Ruiz, M.A. (2003) Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 2, 11-18.
- Vallejo, M. A.; Jordán, C.M.; Díaz, M.I.; Comeche, M.I.; Ortega, J. Amor, P. & Zubeidat, I. (2008) Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema*, 20, 610-615.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 3, 345-364.