

FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD: LA PROLONGACIÓN Y LA TERMINACIÓN PREMATURA DEL TRATAMIENTO

Fernández-Arias, Ignacio; Bernaldo-de-Quirós, Mónica; Labrador, Francisco J.; Estupiñá, Francisco J.; Labrador-Méndez, Marta

FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD: LA PROLONGACIÓN Y LA TERMINACIÓN PREMATURA DEL TRATAMIENTO

Papeles del Psicólogo, vol. 40, núm. 1, 2019

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77858209002>

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2876>

FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE ANSIEDAD: LA PROLONGACIÓN Y LA TERMINACIÓN PREMATURA DEL TRATAMIENTO

Ignacio Fernández-Arias
Universidad Complutense de Madrid, España
igfern@uclm.es

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2876>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77858209002>

Mónica Bernaldo-de-Quirós
Universidad Complutense de Madrid, España

Francisco J. Labrador
Universidad Complutense de Madrid, España

Francisco J. Estupiñá
Universidad Complutense de Madrid, España

Marta Labrador-Méndez
Universidad Complutense de Madrid, España

Recepción: 30 Julio 2018
Aprobación: 14 Agosto 2018

RESUMEN:

El tratamiento de los trastornos de ansiedad ha demostrado su eficacia y efectividad. Sin embargo, no siempre se consiguen los resultados deseados. Estudiar aquellos factores que interfieren en el curso natural del tratamiento contribuirá a tomar medidas oportunas. Dos de estos factores son la prolongación innecesaria de los tratamientos y el fenómeno de la terminación prematura. Como es esperable, la duración del tratamiento depende de la naturaleza del problema y de la existencia de problemas comórbidos, pero también de planificaciones demasiado ambiciosas (exceso de técnicas) o la combinación con psicofármacos (con incrementos de hasta un 21% de sesiones). La terminación prematura se sitúa entorno al 30-35% y los pacientes “anuncian el desenlace” con peor ejecución de tareas y asistencias más irregulares desde el principio. Aproximadamente 50% de los abandonos ocurren antes de la sesión 8 y entorno al 80% de los tratamientos completados exitosamente concluyen antes de la sesión 20.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de ansiedad, Prolongación, Terminación prematura, Psicoterapia.

ABSTRACT:

The efficacy and the effectiveness of anxiety disorder treatments have been proven. However, the desired results are not always achieved. Studying the factors that interfere with the natural course of the treatments could help to correct and to adapt them. Two of these factors are the unnecessary prolongation of treatments and premature termination. As expected, the duration of the treatment depends on the nature of the problem and the existence of comorbid problems, however also treatments that are too ambitious (an excess of techniques) or combined with pharmacological treatments (increasing sessions by up to 21%) have a longer duration. Premature termination was around 30-35% and patients “announce” their drop-out by displaying poorer task performance and more irregular attendance from the beginning. More than 50% of the therapeutic dropout occurs before the eighth session and 80% of successful treatments were completed before the 20th session.

KEYWORDS: Anxiety disorders, Prolongation, Premature termination, Psychotherapy.

NOTAS DE AUTOR

igfern@uclm.es

Los problemas de ansiedad son el motivo de consulta más frecuente en las consultas de psicología y es conocida la importante limitación funcional que generan (Haro et al., 2006; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005; Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006).

Afortunadamente, cada vez existen más intervenciones psicológicas para el abordaje de los problemas de ansiedad que cuentan con aval empírico y su recomendación en las guías clínicas es firme (Chambless & Ollendick, 2001; Stewart & Chambless, 2009). Sin embargo, la práctica cotidiana no se hace reflejo de la “privilegiada” y merecida posición de los tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad (TA). Si bien una de las razones pudiera deberse a una “subcultura” de abordaje farmacológico instalada tanto en los sistemas sanitarios como en la población misma, es necesario detenerse en el análisis de los factores que pudieran atentar o amenazar la aplicabilidad de los tratamientos psicológicos de los TA. Es conocida la diferencia entre las características de los ensayos clínicos (donde prima la validez interna) y las características propias del ámbito aplicado donde la validez interna sufre “tensiones” y prima el valor ecológico, algo que puede comprometer los resultados de las intervenciones (Kazdin, 2008; Westbrook & Kirk, 2007). Dicho de otra manera: los pacientes no se escogen y los protocolos no pueden ser rígidos. La adaptación de estos protocolos provenientes de la investigación es esencial, como esencial es también conocer los factores que interfieren en su aplicación y actuación.

Analizar estos factores supone, por ejemplo, detenerse sobre aquellos que prolongan innecesariamente los tratamientos y que por tanto suponen una amenaza hacia su “competitividad”. Otro fenómeno relacionado y que impacta más directamente sobre el alcance de los tratamientos es la terminación prematura de los mismos por parte del paciente. Las implicaciones se extienden no únicamente en términos de eficiencia sino también de efectividad si el estudio de la utilidad del tratamiento se realiza bajo el honesto paradigma de “intención de tratar” (intention to treatment), poco utilizado en ensayos farmacológicos.

El análisis y la discusión de estos dos fenómenos y los factores asociados, son precisamente el objetivo de este trabajo.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PROLONGACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE LOS TA

Que un tratamiento se alargue puede tener impacto en diferentes áreas. La más lógica es la relacionada con la eficiencia. Este hecho desequilibra la balanza costes-beneficios independientemente del contexto de la intervención. Es evidente que un tratamiento tiene que tener la duración que sea necesaria, pero también que hay que intentar que se extienda lo menos posible. La psicoterapia, como profesión, debe pretender ser lo más competitiva posible, sin menoscabo del cuidado del paciente (lógicamente). Menos intuitivo es el impacto que tratamientos muy largos puedan tener sobre la propia efectividad de las intervenciones en la medida de que se pierda el punto de partida y por lo tanto el rumbo. Dicho de otra forma, se podría terminar provocando el efecto de “navegar en círculos”.

Los factores que pueden influir en la prolongación de los tratamientos para los TA son diversos. Sin embargo, son escasos y poco concluyentes los estudios que han intentado identificar factores o perfiles sociodemográficos que se pudieran asociar con tratamientos más largos. Así, Barnow, Linden y Schaub (1997) encontraron que ser mujer, mayor de 46 años y estar viuda o divorciada, se relacionaba con una prolongación del tratamiento.

Si bien existe una corriente que aboga por los tratamientos transdiagnósticos de naturaleza transversal con resultados muy prometedores (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, & Dalgleish, 2015), los TA son heterogéneos, por lo que es difícil pretender que su abordaje sea siempre el mismo, y por lo tanto la duración de la intervención variará. Las guías clínicas señalan como idóneo para el Tratamiento de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o el Trastorno de Estrés postraumático

(TEPT) protocolos de tratamiento que varían entre las 12 y las 20 sesiones (APA, 2006; NICE, 2004). Esto contrasta con tratamientos mucho más breves como los recomendados, por ejemplo, para la fobia específica (APA, 2006). En cualquier caso, aunque la duración varía, los protocolos que las guías clínicas recomiendan para los TA no suelen exceder las 20 sesiones de tratamiento.

Otro factor que se relaciona tradicionalmente con la duración de los tratamientos es la comorbilidad (Lamers et al., 2011). Los TA se relacionan (e incluso a veces se mezclan) con los problemas depresivos. La existencia de este binomio se ha relacionado con frecuencia con tratamientos menos efectivos y más largos (Deveney & Otto, 2010), en parte porque los TA en la práctica clínica no se corresponden directamente con los de las muestras utilizadas para validar los protocolos de tratamiento. De hecho, muchos problemas de ansiedad se presentan en el contexto de otros problemas más estructurales y de funcionamiento general, como pueden ser los problemas de personalidad. La presencia de este tipo de dificultades, como es lógico, invita al terapeuta a atenderlas y por lo tanto puede comprometer el curso óptimo del tratamiento.

Un factor esperado y lógico es la propia naturaleza del tratamiento como predictor de una mayor duración. Aquellos tratamientos más complejos y que incluían más técnicas se asociaron a duraciones más largas, sin que se llegue a identificar ninguna técnica en concreto como responsable principal de esta prolongación (Bernaldo-de-Quiros et al., 2015). Específicamente, los autores señalaron que la acumulación de técnicas y la presencia de un problema de ansiedad de tipo obsesivo-compulsivo (según DSM IV-TR) se relacionaban con tratamientos más largos.

Otro factor que tradicionalmente se ha asociado con la prolongación de los tratamientos es la influencia de haber recibido tratamientos previos tanto psicológicos como farmacológicos (Lin, 1998). En un primer acercamiento, parece lógico pensar que aquellos pacientes que tienen historias de tratamientos anteriores, obviamente fallidos, presenten problemas más cronicados o con una mayor duración, y que por lo tanto requieran tratamientos más largos. Merece reflexión el posible efecto que estos tratamientos previos puedan ejercer sobre un nuevo tratamiento (por ejemplo, menor motivación frente a acumulación de aprendizajes terapéuticos).

Mención aparte requiere la combinación de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para los TA. Es conocido el aporte que los tratamientos psicológicos tienen sobre los farmacológicos señalándose que contribuyen a reducir recaídas, abandonos y mejora el mantenimiento de los logros (Otto, Smits, & Reese, 2005). Más controvertido es el debate sobre el aporte de los tratamientos farmacológicos sobre los psicológicos en el abordaje de los TA, pues algunos estudios señalan un efecto sinérgico (Norberg, Krystal, & Tolin, 2008) y otros, por el contrario, plantean que el tratamiento farmacológico puede interferir en los procesos terapéuticos de los TA (Franklin, Abramowitz, Bux, Zoellner, & Feeny, 2002; Otto, McHugh, & Katak, 2010). A este respecto, nuestro grupo de investigación realizó un estudio precisamente para examinar el aporte que suponía añadir terapia farmacológica (ansiolítica, antidepresiva o combinada) al tratamiento psicológico de los TA, en comparación con el tratamiento psicológico aplicado de manera aislada en contexto ambulatorio asistencial (Fernandez-Arias et al., 2013). Los resultados indicaron que no había diferencias significativas entre ambos grupos, salvo en una mayor duración del problema y en aquellos factores relacionados con la edad (estado civil y profesión), que en ambos casos era mayor en el grupo combinado. No se detectaron diferencias en adherencia al tratamiento psicológico ni una mayor gravedad de la sintomatología ansiosa pretratamiento en un grupo sobre otro. De hecho, los resultados del tratamiento del grupo combinado frente al de solo terapia psicológica fueron similares, sin que pudieran identificarse diferencias significativas entre ambos, tanto en tasas de recuperación (72,2% de recuperados frente a 69,3% de recuperados, respectivamente), como de magnitud del cambio ($d = 1,46$ frente a $d = 1,32$, respectivamente). Sin embargo, el dato más importante es que el tratamiento del grupo combinado fue significativamente más largo que el del grupo de tratamiento psicológico (en concreto, un 21,4% más). Es decir, añadir tratamientos farmacológicos al tratamiento psicológico en TA alargó significativamente la duración del tratamiento sin aumentar de manera significativa su efectividad.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA TERMINACIÓN PREMATURA DE LOS TRATAMIENTOS

Tradicionalmente se ha considerado la terminación prematura de los tratamientos (TPT) como lo opuesto a completarlos aunque existe cierta controversia al respecto (Swift & Greenberg, 2012). Algunos autores proponen diferenciar entre abandono del tratamiento (AT) y rechazo del tratamiento (RT) (Hatchett & Park, 2003; Swift & Greenberg, 2012). AT sería la terminación prematura de un tratamiento una vez que éste ha sido comenzado, mientras que RT sería no llegar a comenzarlo, por lo que la terminación prematura sería en la fase de evaluación. Identificar de manera diferenciada estos fenómenos puede permitir adaptar medidas correctoras para evitarlos. En el contexto de los problemas de ansiedad la terminación prematura de los tratamientos, como no puede ser de otro modo, supone un desafío con importantes implicaciones para el paciente (ya que no hay tratamiento, por lo tanto no son esperables efectos del mismo) y para la propia práctica profesional (el alcance e impacto del tratamiento se ve reducido y por lo tanto, penalizada su posición en las guías clínicas o en los trabajos de revisión). Las tasas de TPT en los TA varían sustancialmente en función de trabajo que se consulte, debido a diferencias en la definición de lo que es un TPT o incluso de los criterios para su identificación (criterios objetivos frente a “opinión del terapeuta”, por ejemplo). Swift y Greenberg (2012) reportaron en su metaanálisis sobre el abandono terapéutico tasas del 19,7% que contrastan con el 47% de Wierzbicki y Pekarik (1993) o el 43,8% de Bados, Balaguer y Saldana (2007), datos obtenidos en ambos estudios en contexto clínico asistencial. Parece obvio que la diferente concepción del fenómeno puede estar influyendo en las cifras tan dispares que se encuentran en la literatura, pero además, el contexto en el que se realice el estudio también puede resultar determinante. Al igual que en el caso de la prolongación de los tratamientos, los pacientes atendidos en la práctica cotidiana no se adecuan necesariamente al “paciente ideal”, lo que puede comprometer el curso del propio tratamiento hasta llevar a su terminación prematura si no se ponen en marcha las medidas necesarias (por ejemplo la adaptación del protocolo de tratamiento). Conocer, precisamente, los factores que pudieran estar tras la TPT de los problemas de ansiedad, es un objetivo importante de cara a optimizar el alcance y el impacto de los problemas de ansiedad. En este sentido la controversia también está instalada. Por otro lado, hay cierto consenso en que la edad (más joven en los pacientes que abandonan) y la existencia de comorbilidad (en especial con la sintomatología depresiva) resultan factores relevantes para la TPT en los TA (Aderka et al., 2011; Issakidis & Andrews, 2004). Finalmente, en contra de lo anterior, varios autores subrayan la dificultad de identificar predictores de la TPT en los TA (Eskildsen, Hougaard, & Rosenberg, 2010; Gonzalez, Weersing, Warnick, Scahill, & Woolston, 2011; Pina, Silverman, Weems, Kurtines, & Goldman, 2003).

Nuestro equipo de investigación realizó un estudio que pretendía examinar las tasas de TPT distinguiendo entre el rechazo de los tratamientos y el abandono de los mismos una vez comenzados (Fernandez-Arias et al., 2016). Los resultados revelaron que el 36,8% de los pacientes con algún diagnóstico de problema de ansiedad terminaron prematuramente sus tratamientos. De éstos, el 22,7% ni siquiera llegaron a comenzarlo. No se encontraron diferencias en cuanto a las características de aquellos pacientes que rechazaban los tratamientos frente a los que no, pero sí se evidenció que desde el principio, de manera significativa, realizaban peor las tareas encomendadas por el terapeuta y acudían más impuntual e irregularmente que los que completaron sus tratamientos. No aparecieron diferencias significativas en el porcentaje de tratamientos completados o abandonados en función del problema, aunque los Trastornos de Pánico con y sin Agorafobia mostraron los mayores porcentajes de tratamientos completados (79% y 69,2%, respectivamente), mientras que las mayores tasas de abandonos fueron para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (46,2%), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (45,4%) y la Fobia Específica (45%). Un análisis posterior confirmó que la pobre ejecución de tareas y tener un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada eran predictores de la terminación prematura de los tratamientos. También la presencia de un diagnóstico comórbido.

Al examinar el momento en el que se produce la terminación prematura, (ver figura 1), se puede observar que aproximadamente el 50% de las ocasiones el abandono se produce antes de la sesión 8.

Complementariamente, en la Figura 2, se muestra la sesión en la que se completan los tratamientos. Se puede observar que aproximadamente el 80% de los casos que completan su tratamiento lo hacen antes de la sesión 20.

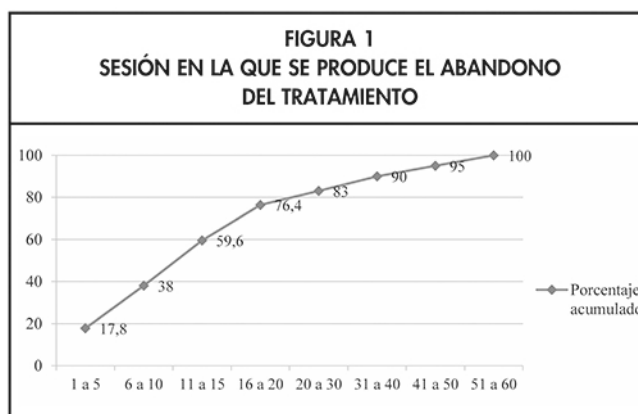


FIGURA 1
SESIÓN EN LA QUE SE PRODUCE EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

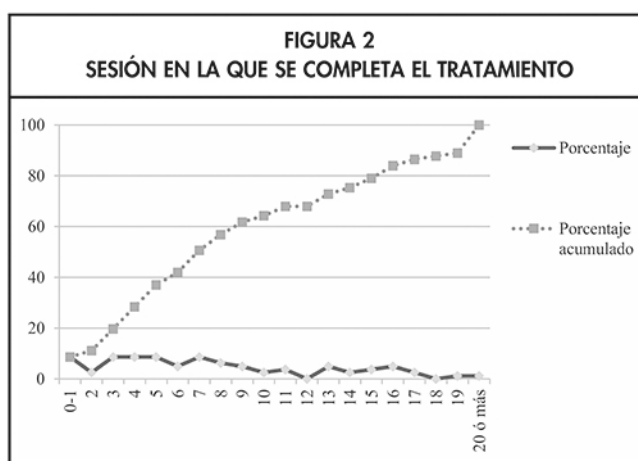


FIGURA 2
SESIÓN EN LA QUE SE COMPLETA EL TRATAMIENTO

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El abordaje psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad es una realidad eficaz y efectiva. En torno al 60-70% de los casos logran beneficiarse de dichos tratamientos (Bados et al., 2007; Stewart & Chambless, 2009). Sin embargo, aún queda un porcentaje de pacientes sobre los que el abordaje psicoterapéutico no tiene impacto o alcance. La terminación prematura de los tratamientos, así como la prolongación innecesaria de los mismos constituyen amenazas serias sobre su curso y por ende sobre su utilidad.

Los datos sugieren que ninguna técnica en concreto se asocia con tratamientos más largos o con terminaciones prematuras. Este dato contrasta con algunos estudios que sugieren que el uso de técnicas de exposición es extremadamente aversivo y, por lo tanto, facilitadoras del abandono terapéutico.

La comorbilidad es un factor clave. La complejidad de los problemas se ha asociado también tradicionalmente con tratamientos más largos y menos exitosos (Deveney & Otto, 2010; Lamers et al., 2011).

Además, es sabido que ésta es una realidad frecuente en los trastornos de ansiedad, sobre todo en el binomio ansiedad-depresión (Morrison, Bradley, & Westen, 2003). Parece claro que los enfoques psicoterapéuticos han de tener en cuenta estos factores de comorbilidad que pudieran interferir en el curso de los mismos. Sin embargo, los datos sugieren que la acumulación de técnicas y el diseño de tratamientos complejos se asocian con tratamientos más largos, pero no necesariamente más efectivos (Bernaldo-de-Quiros et al., 2015). Parece lógico que aquellos tratamientos que cuentan con mayor número de técnicas sean más largos. La pregunta reside en si es necesaria la acumulación de técnicas para abordar procesos claros y simples como los que subyacen a los problemas de ansiedad.

De hecho, la acumulación de tratamientos no resulta necesariamente ni más efectiva ni deriva en tratamientos más cortos. Al comparar grupos de pacientes con tratamiento psicológico aislado frente aquellos que seguían un tratamiento similar pero en combinación con psicofármacos, no se observaron diferencias en cuanto a la gravedad de síntomas ni en tasas de éxito. Sin embargo, el tratamiento combinado refirió 3,5 sesiones más de tratamiento (un 21,4% de incremento sobre la media del grupo de solo tratamiento psicológico). Las implicaciones prácticas de estos datos son claras. Los tratamientos psicoterapéuticos para los problemas de ansiedad son eficaces y efectivos por si mismos (tal y como indican las principales guías) y la contribución de tratamientos farmacológicos no es clara y en ocasiones puede que incluso sea negativa (Fernandez-Arias et al., 2013).

No obstante, no todos los problemas de ansiedad son iguales. En concreto el Trastorno Obsesivo Compulsivo resultó ser un predictor de tratamientos más largos (Bernaldo-de-Quiros et al., 2015), tal y como sugieren las guías clínicas, con recomendaciones de protocolos que se extienden hasta las 16-20 sesiones (APA, 2006). Por otro lado, el Trastorno de Ansiedad Generalizada predijo terminaciones prematuras del tratamiento. Parece claro que problemas que generan una importante desorganización son más proclives a interferir en el curso del tratamiento. Sin embargo, problemas simples como la fobia específica también mostraron altas tasas de terminación prematura. Cabe plantearse la posibilidad de que factores motivacionales, la “aversividad del tratamiento” y la baja interferencia de este tipo de problemas en la vida de los sujetos puedan influir en las altas tasas de abandono observadas (Fernández-Arias et al., 2016). Este dato contrasta con la alta eficacia referida por los tratamientos para estos problemas (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2008). La hipótesis de que la interferencia del problema en la realidad cotidiana de los sujetos es un factor clave en la marcha de los tratamientos, cobra especial fuerza al observar las altas tasas de tratamientos completados con éxito en problemas relacionados con el pánico con o sin agorafobia (Fernández-Arias et al., 2016), que en principio se asocian a una mayor limitación funcional.

Aquellos pacientes que rechazaron o abandonaron sus tratamientos realizaron, desde el principio, peor las tareas encomendadas y acudían a consulta más irregularmente (faltas de puntualidad y ausencias injustificadas). Este dato dispone a los profesionales a observar atentamente un final anunciado y ofrece la oportunidad de tomar medidas correctoras como la adaptación de las tareas o el reencuadre terapéutico. De hecho, en el estudio de Fernández-Arias et al. (2016) se observó que la mitad de los abandonos se observan antes de la sesión octava, lo que pone el énfasis en la importancia de las primeras sesiones.

Por último, cabe señalar que el 76,2% de los tratamientos completados con éxito son finalizados antes de la sesión 20. Este dato es congruente con aquellos estudios que señalan una relación dosis-respuesta negativamente acelerada a partir de una sesión determinada (Lambert, Hansen, & Finch, 2001). No obstante, existen explicaciones alternativas para este fenómeno que sería deseable estudiar en el futuro, como la hipótesis de la pérdida progresiva de efectividad de las sesiones (Kopta, Howard y Lowry, 1994) o la de la búsqueda por parte de los pacientes de un nivel subjetivo y suficiente de funcionamiento (Barkham et al., 2006).

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Aderka, I. M., Anholt, G. E., van Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., Hermesh, H., Hofmann, S. G., & van Oppen, P. (2011). Differences between early and late drop-outs from treatment for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7), 918-923. doi:10.1016/j.janxdis.2011.05.004
- APA (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldana, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592. doi:10.1002/jclp.20368
- 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. doi:10.1037/0022-006X.74.1.160
- Barnow, S., Linden, M., & Schaub, R. T. (1997). The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(6), 312-316. doi:10.1007/Bf00805434
- Bernaldo-de-Quiros, M., Labrador, F. J., Garcia-Fernandez, G., Fernandez-Arias, I., Estupina, F., & Labrador-Mendez, M. (2015). Factors associated with prolonging psychological treatment for anxiety disorders. *Psicothema*, 27(2), 108-113. doi:10.7334/psicothema2014.264
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Deveney, C. M., & Otto, M. W. (2010). Resolving treatment complications associated with comorbid depression. En M. W. Otto y S. G. Hofmann (Eds.), *Avoiding treatment failures in the anxiety disorders* (pp. 231-249). New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4419-0612-0_13
- Eskildsen, A., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2010). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 94-105. doi:10.3109/08039480903426929
- Fernández-Arias, I., Garcia-Fernandez, G., Bernaldo-de-Quiros, M., Estupina, F. J., Labrador, F. J., & Labrador-Mendez, M. (2016). Premature termination of psychological treatment for anxiety disorders in a clinical setting. *Psicothema*, 28(3), 241-246. doi:10.7334/psicothema2015.201
- Fernández-Arias, I., Labrador, F. J., Estupina, F. J., Bernaldo-de-Quiros, M., Alonso, P., Blanco, C., & Gomez, L. (2013). Does adding pharmaceutical medication contribute to empirically supported psychological treatment for anxiety disorders? *Psicothema*, 25(3), 313-318. doi:10.7334/psicothema2012.238
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux, D. A., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology-Research and Practice*, 33(2), 162-168. doi:10.1037//0735-7028.33.2.162
- González, A., Weersing, V. R., Warnick, E. M., Scahill, L. D., & Woolston, J. L. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(5), 356-367. doi:10.1007/s10488-010-0323-y
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . El Grupo, ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clínica (Barc)*, 126(12), 445-451.

- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy*, 40(3), 226-231. doi:10.1037/0033-3204.40.3.226
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 426-433. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00264.x
- 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(3), 146-159. doi:10.1037/0003-066x.63.3.146
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. (vol 62, pg 617, 2005). *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 709-709.
- Kopta, S. M., Howard, K. I., y Lowry, J. L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1009-1016.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 159-172. doi:10.1037//0022-006x.69.2.159
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J. L. M., . . . Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 341-348. doi:10.4088/JCP.10m06176blu
- 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(6), 571-573. doi:10.1037//0735-7028.29.6.571
- Morrison, K. H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 76, 109-132. doi:10.1348/147608303765951168
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalglish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.002
- NICE. (2004). Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care-quick reference guide, clinical guideline 22. London: NICE.
- Norberg, M. M., Krystal, J. H., & Tolin, D. F. (2008). A meta-analysis of D-Cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry*, 63(12), 1118-1126. doi:10.1016/j.biopsych.2008.01.012
- Otto, M. W., McHugh, R. K., & Katak, K. M. (2010). Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Medication effects, glucocorticoids, and attenuated treatment outcomes. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 17(2), 91-103. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01198.x
- Otto, M. W., Smits, J. A. J., & Reese, H. E. (2005). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: Review and analysis. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 12(1), 72-86. doi:10.1093/clipsy/bpi009
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Weems, C. F., Kurtines, W. M., & Goldman, M. L. (2003). A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 701-705. doi:10.1037/0022-006x.71.4.701
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 51(2), 100-113. doi:10.1177/070674370605100206

- Stewart, R. E., & 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(4), 595-606. doi:10.1037/a0016032
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2007). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice (vol 43, pg 1243, 2007). *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1703-1704. doi:10.1016/j.brat.2006.11.008
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A metaanalysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology-Research and Practice*, 24(2), 190-195. doi:10.1037//0735-7028.24.2.190
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021-1037. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.007