

Uso de técnicas de exposición en una clínica de psicología*

Use of Exposure Techniques in a Psychology Clinic

Recibido: agosto 1 de 2012 | Revisado: mayo 17 de 2013 | Aceptado: agosto 17 de 2013

FRANCISCO J. LABRADOR **
LAURA GÓMEZ
IGNACIO FERNÁNDEZ-ARIAS
FRANCISCO J. ESTUPIÑÁ
CARMEN BLANCO
MÓNICA BERNALDO-DE-QUIRÓS
Universidad Complutense de Madrid, España

RESUMEN

El objetivo del artículo es indagar el uso de las técnicas de exposición en la práctica de la psicología clínica asistencial. Se analiza el tipo de técnicas de exposición, su frecuencia de uso, tanto en general como en función del diagnóstico, y su relación con los resultados del tratamiento. De los 880 pacientes de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense, con todo tipo de diagnóstico, el 67.2% son mujeres y su edad media es de 32.79 años. Los resultados señalan que el 39.5% de los casos ha utilizado alguna técnica de exposición, siendo la Exposición Gradual la más frecuente (31.6%). Predomina el uso de las técnicas de exposición en trastornos de ansiedad (70.8%), somatomorfos (47.4%) y sexuales (47.1%). Se observa un incremento en el uso de técnicas de exposición en los casos con comorbilidad (55.4% frente a 36.3%). De los casos que han recibido alguna técnica de exposición, el 74.1% ha finalizado con éxito el tratamiento, frente al 61.9% de los que no han utilizado ninguna técnica de exposición. Se discuten los resultados, destacando el valor de usar técnicas de exposición para reducir la evitación o las respuestas de miedo con independencia del diagnóstico.

Palabras clave autores

Técnicas de exposición, desensibilización sistemática, exposición gradual, inundación, resultado del tratamiento.

Palabras clave descriptores

doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.utec

Para citar este artículo: Labrador, F. J., Gómez, L., Fernández-Arias, I., Estupiñá, F. J., Blanco, C. & Bernaldo-de-Quirós, M. (2014). Uso de técnicas de exposición en una clínica de psicología. *Universitas Psychologica*, 13(2). doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.utec

* Agradecimientos: Este trabajo ha sido realizado en el marco del proyecto PSI2009-13100 del Ministerio de Educación y Ciencia.

** Correspondencia: Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas, 28223 Madrid. Correo electrónico: labrador@cop.es

ABSTRACT

The aim of this work is to explore the use of exposure techniques at the health care context of a clinical psychology facility. Different modalities of exposure techniques, their frequency of usage - both across the entire sample and considering different diagnostic groups - and their relationship to the treatment results, were analysed. From the 880 patients with diverse diagnosis treated at the University Psychology Clinic of the Universidad Complutense of Madrid, 67.2% were women, with a mean of 32.79 years. Results show that exposure techniques were used in 39.5% of total cases, being gradual exposure the most frequent (31.6%). Exposure techniques were employed foremost on anxiety disorders (70.8%), somatoform disorders (47.4%), and sexual disorders (47.1%). Also, it was observed that exposure techniques were used more often in cases with one or more comorbid diagnosis (55.4 vs. 36.3%). 74.1% of the patients treated with exposure techniques received therapeutic discharge, while 61.9% of patients not treated with exposure techniques were discharged. The results are discussed, emphasizing

ing the utility of exposure techniques to treat avoidant or fearful behaviour regardless of the diagnosis.

Key words authors

Exposure techniques, gradual exposure, systematic desensitization, flooding, treatment results.

Key words plus

Introducción

Numerosos estudios señalan la eficacia de la psicología clínica basada en la evidencia y en especial de los Tratamientos Empíricamente Apoyados (TEA) para los distintos trastornos psicológicos (Chambless & Ollendick, 2001; Durham, Chambers, MacDonald, Power & Major, 2003; Labrador & Crespo, 2012). En la actualidad los resultados obtenidos hablan de tasas de éxito próximas al 70% (Forand, Evans, Haglin & Fishman, 2011; Hansen, Lambert & Forman, 2002; Labrador, Estupiñá & García-Vera, 2010; Labrador & Ballesteros, 2011; Stewart & Chambless, 2009). También los reducidos costos en comparación con tratamientos alternativos, como los farmacológicos, apuntan a valores elevados de eficiencia (Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2000; Heuzenroeder et al., 2004; Otto, Smits & Reese, 2005; Labrador, 2012).

Aun considerando la importancia que tiene y el valor que ha supuesto para la psicología clínica el establecer los TEA para cada diagnóstico, parece conveniente avanzar un paso más en esta misma dirección, tratando de identificar el valor de cada técnica específica para cada conducta problema y no solo de paquetes terapéuticos centrados en diagnósticos que pueden incluir varias técnicas de desigual valía. De hecho, llama la atención que numerosos paquetes de tratamiento compartan muchas similitudes (Hofmann, Sawyer & Fang, 2010), lo que se puede relacionar con la identidad de los procesos que subyacen a muchos diagnósticos. Este es el caso de las técnicas de exposición (TE) que actualmente constituyen el tratamiento de elección o forman parte del tratamiento multicomponente de elección, para un amplio número de trastornos. Si bien destaca especialmente su eficacia en las intervenciones sobre los distintos trastornos de ansie-

dad, siendo recomendado su uso por las principales guías clínicas como las de la APA, el NICE o las guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (Klonsky, 2012; McIntosh et al., 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). También se ha recomendado el uso de TE, con diferentes grados de apoyo empírico, para problemas de alcoholismo (Edwards, 1986), adicciones (Bernaldo-de-Quirós, Labrador & Arce, 2005; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida & Carballo, 2007), juego patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo & Báez, 1999), bulimia (Saldaña, 2001), trastornos del control de los impulsos y en general cuando parte del problema tiene que ver con conductas de evitación (Echeburúa, de Corral & Ortiz, 2008).

No existen datos precisos sobre el uso de TE por los psicólogos clínicos, aunque se señala en general una actitud negativa a la utilización de las mismas por su parte (Olatunji, Deacon & Abramowitz, 2009), por ello puede que se usen en menor medida que las técnicas de reestructuración cognitiva y de relajación (Brown, Gaudiano & Miller, 2011). En esta línea, tampoco se han estudiado en profundidad las distintas técnicas que se engloban dentro de las TE y, dado que presentan resultados diferentes en función del tipo de problema (Bados, 1995), es probable que difieran tanto en su frecuencia de uso como en su eficacia, efectividad y eficiencia.

No obstante, las TE se han considerado casi siempre como un conjunto único, sin identificar el valor específico de cada una de ellas, considerándolas con frecuencia como equivalentes e intercambiables. Esto suele llevar a que el psicólogo considere, a la hora de elegir la TE que debe aplicar, aspectos como su facilidad, rapidez de aplicación, o posibles molestias, con independencia de criterios de eficacia, efectividad y eficiencia para ese problema. Quizá por ello en los últimos años se viene dando especial relevancia a la Exposición Gradual (EG) (American Psychiatric Association [APA], 1994; Barlow, 1988; Barlow, Essler & Vitali, 1998; Labrador & Crespo, 2008; Marks, 1987) frente a la Desensibilización Sistemática (DS) o la Inundación (IN). Pero en el ámbito asistencial, con frecuencia el psicólogo se decanta por utilizar las diferentes técnicas en imaginación, debido a la mayor facilidad de aplicación (Labrador & Crespo, 2008).

En resumen, a pesar de que la eficacia y efectividad de las TE, tienen un claro apoyo empírico, son escasos los datos concretos acerca de su utilización en la práctica clínica asistencial. Conocer cuál es el uso de las TE (en conjunto y de forma individual, EG, DS, IN) en el ámbito asistencial, teniendo en cuenta las características de los pacientes, los distintos grupos diagnósticos y la presencia de comorbilidad, así como identificar hasta qué punto el uso de las TE se relaciona con los resultados terapéuticos, constituyen los objetivos del presente trabajo.

Método

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo y cuasiexperimental, sin asignación aleatoria, de un grupo, compuesto por una muestra incidental.

Participantes

Se consideró a todos los pacientes adultos ($N = 880$) que demandaron ayuda psicológica en la Clínica Universitaria de Psicología (CUP) entre 1999-2010, que cumplieran los siguientes criterios:

- Recibir un diagnóstico según criterios *DSM-IV* o *DSM-IV-TR*.
- Haber finalizado el tratamiento o abandonado el mismo.
- No existir problemas de codificación en sus datos.

Como puede observarse en la Tabla 1, la mayor parte de la muestra eran mujeres (67.2%), solteras (70.5%), al menos convivían con una persona (83.8%), tenían una edad media de 32.79 años (18-77 años), aproximadamente la mitad (47.5%) estaban en una situación laboral activa y algo más de un tercio eran estudiantes.

Variables

-Sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, situación laboral, nivel de estudios y número de personas con las que convive.

-Clínicas: tipo de diagnóstico (*DSM-IV* y *DSM-IV-TR*) y comorbilidad (asignación del al menos un segundo diagnóstico).

-De tratamiento: uso de alguna TE (EG, DS, IN o varias de las anteriores), número de sesiones de tratamiento, resultado del tratamiento (alta / abandono).

Descripción del centro

La Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense (CUP-UCM) está reconocida como Centro Sanitario por la Comunidad Autónoma de Madrid desde 1998, y tiene entre sus objetivos prestar asistencia psicológica de calidad. Las características de la clínica y de los terapeutas están descritas en Labrador, Estupiñá y García-Vera (2010).

Procedimiento

El diagnóstico fue establecido por el terapeuta encargado del caso, mediante el uso de entrevista clínica, cuestionarios validados, autorregistros, etc. El mismo terapeuta establecía el programa de tratamiento centrado en técnicas empíricamente apoyadas y procedía a aplicarlo de forma individualizada y autocorrectiva según la evolución del paciente. El tratamiento finalizaba bien con alta terapéutica (conseguidos todos los objetivos terapéuticos establecidos), bien con abandono (el paciente ponía fin al tratamiento antes de conseguir los objetivos terapéuticos). Los datos utilizados en el presente trabajo fueron extraídos de los historiales clínicos de los pacientes que habían finalizado su relación terapéutica con la CUP-UCM.

Análisis de datos

Se realizaron análisis mediante los estadísticos descriptivos adecuados a cada variable (porcentajes, medianas, medias y desviaciones estándar). Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el uso de TE, en función de las variables sociodemográficas, se efectuaron pruebas *t* para las variables continuas

y χ^2 y Fisher, para las variables categóricas. Para determinar la existencia de diferencias significativas en el uso de las TE, en función del tipo de diagnóstico y si su uso está asociado al éxito terapéutico se utilizaron pruebas de χ^2 y Fisher. A efectos de su análisis, los diagnósticos con un número de casos inferior a 15 fueron agrupados en la categoría diagnóstica *Otros trastornos* que incluye problemas de inicio en la infancia, trastornos relacionados con sustancias, delirium y otros trastornos cognoscitivos y trastornos del sueño. En algunos casos, como el de las variables sociodemográficas, existen valores perdidos aislados que no resultaron de especial relevancia para el objetivo de este estudio.

Resultados

Por lo que respecta a las variables sociodemográficas de los participantes (Tabla 1), no aparecen diferencias significativas entre los grupos con y sin TE en sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Solo aparecen diferencias significativas en la variable edad ($t_{816,933} = 3.917, p < 0.001$) menor en los pacientes a los que se ha aplicado alguna TE que en los que no se aplicaron, si bien la diferencia es escasa 30.86 años (rango 18-74) frente a 34.01 (rango 18-77).

Las frecuencias y porcentajes de uso de las diferentes TE se pueden ver en la Tabla 2. Destaca que casi el 40% de los pacientes ha recibido al menos

TABLA 1
Características sociodemográficas

	Tipo tratamiento		Total N = 880	χ^2/t^a	p
	No técnicas exposición N = 535	Técnicas exposición N = 348			
SEXO N (%)					
Varón	178 (61.6)	111 (38.4)	289 (32.8)	0.233	0.629
Mujeres	354 (59.9)	237 (40.1)	591 (67.2)		
EDAD					
M (DE)	34.6 (12.92)	30.86 (11.07)	32.79 (12.31)	3.75	0.001***
ESTADO CIVIL N (%)					
Soltero	367 (59.4)	251 (40.6)	621 (70.5)	0.692	0.449
Casado/Pareja	161 (62.4)	97 (37.6)	258 (29.5)		
APOYO SOCIAL N (%) (Personas con las que convive)					
Nadie	90 (65.2)	48 (34.8)	138 (16.3)	4.53	0.21
Una persona	114 (58.2)	82 (41.8)	196 (23.2)		
Dos personas	131 (63.3)	76 (36.7)	207 (24.5)		
Tres o más	172 (56.4)	133 (43.6)	305 (36.1)		
NIVEL ESTUDIOS N (%)					
Primarios incompletos	15 (83.3)	3 (16.7)	18 (2.1)	6.62	0.157
Primarios completos	38 (63.3)	22 (36.7)	60 (6.9)		
Secundarios	182 (60.9)	117 (39.1)	299 (34.3)		
Diplomados universitarios	95 (54.6)	79 (45.4)	174 (20)		
Licenciados universitarios	195 (60.6)	126 (39.4)	320 (36.7)		
SITUACIÓN LABORAL N (%)					
Activo	263 (63.4)	152 (36.6)	415 (47.5)	3.98	0.136
Estudiante	190 (56.2)	148 (43.8)	338 (38.7)		
Otros	72 (60)	48 (40)	120 (13.7)		

± M = media; ± DE = desviación estándar
Fuente: elaboración propia.

TABLA 2
Uso de las técnicas de exposición en general

Técnicas de exposición	Uso de las técnicas de exposición N (%)
No se utilizan	532 (60.5)
Sí se utilizan	348 (39.5)
Desensibilización sistemática	14 (4)
Exposición gradual	279 (80.2)
Inundación	16 (4.6)
Varias de las anteriores	39 (11.2)

Fuente: elaboración propia.

una TE. La EG es la técnica más utilizada (80.2% de los casos en los que se han utilizado TE), aunque probablemente el porcentaje sea mayor (hasta el 91.4%), si se considera que en la categoría Varias de las anteriores (VA), la EG suele ser una de ellas.

Si se engloban en una sola categoría las TE (EG, DS, IN, y VA) y se atiende a su uso en los distintos grupos diagnósticos, para el que más se utilizan es el de trastornos de ansiedad (70.8%), sin apenas diferencia en función de la presencia de comorbilidad. Su empleo en otros grupos se aproxima al 50% en trastornos del control de impulsos (50%), trastornos somatomorfos (47.4%), disfunciones sexuales

(47.1%) y trastornos de la conducta alimentaria (43.3%) (Tabla 3).

El porcentaje de uso de las TE en general es mayor en el grupo de casos con comorbilidad (55.4%) frente al grupo sin comorbilidad (36.3%), siendo en conjunto, la diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2_{(1)} = 18.72, p < 0.001$). Por diagnósticos es especialmente alta la diferencia en función de la comorbilidad en el grupo de trastornos afectivos ($\chi^2_{(1)} = 7.543, p < 0.05$).

Los resultados referidos al uso de las técnicas de exposición respecto al resultado final (alta o abandono) se presentan en la Tabla 4. Destaca que el

TABLA 3
Uso de las técnicas de exposición por grupo diagnóstico en función de la comorbilidad

Grupo diagnóstico	Uso de las técnicas de exposición				χ^2	p
	Casos con comorbilidad N (%)	Uso en general N (%)	Uso en casos con comorbilidad N (%)	Uso en casos sin comorbilidad N (%)		
Ansiedad (N = 295)	64 (21.7)	209 (70.8)	45 (70.3)	164 (71.1)	0.011	0.915
Otros problemas de atención (N = 129)	19 (14.7)	19 (14.7)	6 (31.6)	13 (11.8)	5.037	0.036
Afectivos (N = 105)	18 (17.1)	35 (33.3)	11 (61.1)	24 (27.6)	7.543	0.006
Adaptativos (N = 85)	11 (12.9)	15 (17.6)	4 (36.4)	11 (14.9)	3.046	0.098
Sin diagnóstico (N = 71)	0	10 (14.1)	0	10 (14.1)		
Personalidad (N = 49)	12 (24.5)	13 (26.5)	5 (41.7)	8 (21.6)	1.868	0.259
Alimentación (N = 30)	6 (20)	13 (43.3)	1 (16.7)	12 (50)	2.172	0.196
Aplazado (N = 24)	0	2 (8.3)	0	2 (8.3)		
Otros trastornos (N = 22) ^a	6 (27.3)	3 (14.2)	3 (50)	0	9.263	0.013
Somatomorfo (N = 19)	5 (26.3)	9 (47.4)	3 (60)	6 (42.9)	0.434	0.628
Control impulsos (N = 18)	3 (16.7)	9 (50)	2 (66.7)	7 (46.7)	0.4	1
Sexuales (N = 17)	3 (17.6)	8 (47.1)	2 (66.7)	6 (42.9)	0.562	0.576
Esquizofrenia y otros psicóticos (N = 16)	1 (6.3)	3 (18.8)	0	3 (20)	0.246	1
Total (N = 880)	148 (16.8)	348 (39.5)	82 (55.4)	266 (36.3)	18.72	0.001

^a Inicio en la infancia, sustancias, delirium y otros, sueño.
Fuente: elaboración propia.

100% de los casos en los que se aplicó la IN se encuentran de alta y con el menor número de sesiones (12.4). También presentan un elevado porcentaje de alta la EG (74.2%) y la categoría VA (71.8%). Así mismo, de los resultados un tanto pobres cuando se usa la DS, solo un 50% reciben alta.

Si atendemos al uso de las TE como grupo, los resultados globales señalan un mayor porcentaje de altas cuando se utilizan (74.1%) que cuando no se utilizan (61.9%), siendo esta diferencia significativa.

En la Tabla 5 se recoge el uso de las TE en los distintos grupos diagnósticos y los resultados del tratamiento. Como era de esperar, en el grupo de trastornos de ansiedad aparecen diferencias significativas ($\chi^2_{(1)} = 10.093, p < 0.001$) en el porcentaje de altas a favor del grupo en el que se ha utilizado TE. También, en el grupo de trastornos de la personalidad en la misma dirección ($\chi^2_{(1)} = 4.235, p < 0.05$). En el resto de los grupos diagnósticos no se obtienen diferencias en resultados del tratamiento en función del uso de TE.

La Tabla 6 atiende al porcentaje de casos que han conseguido el alta y el tipo de técnica que han recibido. Destaca que el 43.9% de los que ha recibido el alta, sin tener en cuenta el tipo de diagnóstico, han sido tratados con alguna TE. Así mismo, que de ellos el 80.2% hayan recibido EG.

Discusión

El uso de las TE es amplio, 39.5%, algo superior al porcentaje de casos con diagnóstico de ansiedad (33.5%) (Labrador, Estupiñá & García-Vera, 2010),

lo que señala su uso en otras condiciones, pero quizá no mucho más.

Dentro de las TE la más utilizada, con diferencia, es la de EG, que se aplicó en más del 80% de los casos. El uso de la DS, curiosamente es poco más que anecdótico, algo similar a lo que sucede con la IN (14 y 16 casos). Llama la atención, no tanto el escaso uso de la IN, que siempre se ha considerado una técnica con un elevado potencial de rechazo (Bados, 2001; Echeburúa et al., 2008), sino el de la DS, una de las técnicas más emblemáticas de la modificación de conducta, y también menos exigente o que se supone produce menos malestar que la EG. No obstante, cuando se ha utilizado la DS los resultados no han sido muy alentadores, solo un 50% de altas. Por otro lado, hace ya tiempo que la DS no suscita un elevado interés investigador, en favor de otras formas de exposición (Labrador & Crespo, 2008). Quizá un aspecto importante para explicar este mayor uso de la EG, puede ser el que es el paciente, solo o con un coterapeuta, el que lleva a cabo esta EG de forma autónoma, frente a la DS que supone necesariamente el trabajo con el terapeuta en el ámbito clínico (Labrador & Crespo, 2008). Por otra parte, a pesar de que se realice la DS en consulta siempre ha de combinarse con exposición en vivo.

Con respecto a su utilización según el tipo de diagnóstico, como era de esperar, se utiliza con profusión (alrededor del 70%) en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, este porcentaje parece un tanto reducido en contra de lo esperado, pues lo lógico sería que el porcentaje fuera bastante más

TABLA 4

Uso de las diferentes técnicas de exposición en relación con el resultado del tratamiento

Técnicas	N (%)	Alta		Abandono		χ^2	p
		Nº de sesiones	M (DE)	N (%)	Nº de sesiones		
No se utilizan	330 (62)	10.56	(10.42)	202 (38)	7.5	(8.45)	
D. S.	7 (50)	15.83	(13.23)	7 (50)	12	(9.83)	
Exposición gradual	207 (74.2)	17.9	(10.99)	72 (25.8)	12.53	(9.29)	
Inundación	16 (100)	12.40	(8.56)	0			22.51
Varias de las anteriores	28 (71.8)	13.23	(5.97)	11 (28.2)	9.45	(4.34)	<0.001
Total	588 (66.8)	13.67	(11.3)	292 (33.2)	8.95	(8.83)	

± M = media; ± DE = desviación estándar.
Fuente: elaboración propia.

TABLA 5

Uso de TE en relación con el resultado del tratamiento y el grupo diagnóstico

Altas por grupo diagnóstico N (%)	% Altas			
	Casos en los que no se usan TE N (%)	Casos en los que se usan TE N (%)	χ^2	p
Ansiedad 207 (70.2)	49 (57)	158 (75.6)	10.093	<0.001
Otros problemas de atención 86 (66.7)	73 (66.4)	13 (68.4)	0.031	0.861
Afectivos 65 (61.9)	43 (61.4)	22 (62.9)	0.02	0.887
Adaptativos 61 (71.8)	48 (68.6)	13 (86.7)	1.996	0.214
Sin diagnóstico 50 (70.4)	42 (68.9)	8 (80)	0.513	0.474
Personalidad 22 (44.9)	13 (36.1)	9 (69.2)	4.235	0.04
Alimentación 14 (46.7)	9 (52.9)	5 (38.5)	0.621	0.431
Aplazado 13 (54.2)	11 (50)	2 (100)	1.846	0.482
Otros trastornos 16 (72.7) A	13 (68.4)	3 (100)	1.3	0.532
Somatomorfo 13 (68.4)	5 (50)	8 (88.9)	3.316	0.141
Control impulsos 14 (77.8)	7 (77.8)	7 (77.8)	0	1
Sexuales 13 (76.5)	6 (66.7)	7 (87.5)	1.022	0.576
Esquizofrenia y otros psicóticos 14 (87.5)	11 (84.6)	3 (100)	0.527	0.468
Total 588 (66.8)	330 (62)	258 (74.1)	13.911	<0.001

^a Inicio en la infancia, sustancias, delirium y otros, sueño.

Fuente: elaboración propia.

TABLA 6

Uso de las diferentes técnicas de exposición en los casos que han obtenido el alta terapéutica

	Uso de las técnicas de exposición. N (%)
No se utilizan	330 (56.1)
Si se utilizan	258 (43.9)
Desensibilización sistemática	7 (2.7)
Exposición gradual	207 (80.2)
Inundación	16 (6.2)
Varias de las anteriores	28 (10.9)

Fuente: elaboración propia.

elevado, dada la consideración de las TE como primera opción en el tratamiento de la mayoría de los trastornos de ansiedad. El hecho de que en el resto de los diagnósticos su uso no supere el 50% no es tan extraño, salvo en el caso de los trastornos adaptativos, cuya baja frecuencia de utilización (17.6%) llama la atención, dados los componentes de ansiedad que suelen implicar estos trastornos. En esa dirección, es lógico que en aquellos diagnósticos en los que sea habitual la presencia de valores elevados de ansiedad el uso de TE sea elevado. Así, su uso se aproxima al 50% de los casos en los trastornos

somatomorfos y las disfunciones sexuales. Quizá su frecuencia en trastornos sexuales (47.1%) sea mayor de lo indicado, si se tiene en cuenta que no se está considerando como TE el uso de focalización sensorial y/o genital.

Destaca el incremento tan importante en el uso de las TE en los casos en los que hay comorbilidad (55.4% frente a 36.3%), que se puede relacionar con que los diagnósticos secundarios sean frecuentemente un trastorno de ansiedad. En el grupo de trastornos afectivos, esto resulta particularmente evidente, pues pasa del 27.6% al 61.1%.

Si se consideran los valores de uso de las TE en los distintos grupos diagnósticos cuando no hay comorbilidad (36.3%), los resultados no difieren mucho a los valores conjuntos (39.5%) señalando una utilización algo más elevada de lo esperado, lo que pone de relieve que quizá en algunos casos las TE se utilicen para algo más que para la reducción de la ansiedad, o en problemas en los que nos está tan clara su importancia, como por ejemplo, en el caso del juego patológico.

Con respecto a la asociación de uso de TE y alta terapéutica, los datos señalan porcentajes de altas más elevados en las personas que han recibido TE (IN y EG o VA), salvo en el caso de que sea la DS, la TE menos utilizada. Esto se aprecia al considerar todos los grupos diagnóstico conjuntamente, lo que parece señalar que, con independencia del tipo de diagnóstico, el uso de una TE (a excepción de la DS) resulta beneficioso. De hecho, en todos los grupos diagnósticos considerados, el porcentaje de altas es superior cuando se utiliza alguna TE (74.1%) que cuando no se utiliza (61.9%), a excepción de los trastornos de alimentación en los que se pasa de un 52.9% a un 38.5%. Es curioso este dato, pues en los trastornos de alimentación las TE están especialmente recomendadas para reducir la ansiedad ante determinados alimentos, situaciones o conductas de ingesta (Fairburn, 1995), si bien existen otros estudios que encuentran resultados contradictorios (Wilson, Eldredge, Smith & Niles, 1991). Estos resultados tan positivos se consiguen a pesar de la fama que tienen las TE (salvo quizá la DS) de ser técnicas un tanto costosas para el sujeto, pues le supone soportar diversas situaciones desagradables (Olatunji, Deacon & Abramowitz, 2009), sin embargo, esto no parece reflejarse ni en un peor resultado (menor número de altas) ni en incrementos en la tasa de abandonos.

También llama la atención el 100% de altas al emplear IN. Ese dato podría interpretarse como que aquellos pacientes que “se animan” a afrontar la IN, a pesar del malestar que pueda generar, están muy motivados para el tratamiento. Por otro lado, como era de esperar, estos buenos resultados se producen con menos sesiones de exposición que con la EG.

Parece pues, que la IN es una técnica más interesante de lo habitualmente considerado, sus porcentajes de altas son elevados y se consiguen en menos tiempo (menor número de sesiones), aunque cabría pensar que esto es así en aquellos pacientes suficientemente motivados para aceptarla. Con todo, el reducido número de casos a los que se aplicó IN limita de forma importante estas consideraciones.

En lo que respecta a las posibles limitaciones del estudio, caben señalar las características particulares de los psicólogos, de las intervenciones (Borkovec, 2004; Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000; Shadish et al., 1997) y de la muestra. Algunas características de los pacientes, como que alrededor del 50% tenga un título universitario, que la media de edad ronde los 33 años o que el estado civil predominante sea soltero (70.5%) pueden afectar la generalización de los resultados. No obstante, y sin dejar de considerar necesaria la replicación de este estudio en otras muestras, se debe recordar que la CUP-UCM es un centro abierto a toda la población y con gran volumen de pacientes, y por tanto de cierta representatividad de los demandantes de tratamiento psicológico.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13(3), 453-464.
- Bados, A. (1995). *Agorafobia: tratamientos psicológicos y farmacológicos* (Vol. 2). Barcelona: Paidós.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Esler, J. K. L. & Vitali, A. E. (1998). Psychological treatments for panic disorder, phobias and generalized anxiety disorder. En P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 288-318). New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine or their combination for panic disorder:

- A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(19), 2529-2536.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J. & Arce, F. (2005). Evaluation of a group cue-exposure treatment for opiate addicts. *The Spanish Journal of Psychology*, 8(2), 229-237.
- Borkovec, T. D. (2004). Research in training clinics and practice research network: A route to the integration of science and practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 211-215.
- Brown, L., Gaudiano, B. A. & Miller, I. W. (2011). Investigating the differences and similarities between second and third wave cognitive-behavioral therapies. *Behavior Modification*, 35(2), 187-199.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. En S. T. Fiske, D. L. Schacter & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 52, pp. 685-716). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Macdonald, R. R., Power, K. G. & Mayor, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33(3), 499-509.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Ortiz, C. (2008) Técnicas de exposición. En F. J. Labrador (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 261-286). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. & Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(101), 375-403.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México: Editorial Trillas.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press.
- Forand, N. R., Evans, S., Haglin, D. & Fishman, B. (2011). Cognitive behavioral therapy in practice: Treatment delivered by trainees at an outpatient clinic is clinically effective. *Behavior Therapy*, 42(4), 612-623.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews, G., et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(8), 602-612.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2010). The empirical status of the "new wave" of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710.
- Klonsky, E. D. (Ed.). (2012). Website on research-supported psychological treatments. *Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12*. Recuperado el 24 de junio de 2012, de <http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/index.html>
- Labrador, F. J. (2012). Presente y retos de los tratamientos psicológicos. En F. J. Labrador & M. Crespo (Eds.), *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 213-236). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J. & Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23(4), 560-565.
- Labrador, F. J. & Crespo, M. (2008). Desensibilización sistemática. En F. J. Labrador (Dir.), (2008). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 243-260). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J. & Crespo, M. (Eds.). (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. & García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos & resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- McIntosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis P., Eatock, J. & Salkovskis, P. (2004). *Clinical guidelines and evidence review for panic disorder and generalised anxiety disorder*. Sheffield, UK: University of Sheffield/London, National Collaborating Centre for Primary Care.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes de con*

- trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Plan nacional de SNS para el MSC.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 172-180.
- 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.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo Crespo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-41.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512-529.
- Shadish, W. R., Matt, G., Novaro, A., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A., et al. (1997). Evidence that therapy works under clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.
- 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.
- Wilson, G. T., Eldredge, K. L., Smith, D. & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behavior Research and Therapy*, 29(6), 575-583.