

Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental.

Descriptive study on adaptative disorders in mental health consultation.

Pilar del Valle-López*, Enrique Bermúdez Navas**

* Psiquiatra Hospital Clínico Universitario Valladolid.

** MIR de Psiquiatría Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción: El diagnóstico de trastorno adaptativo es uno de los más frecuentes pese a ser una categoría que carece de criterios diagnósticos propios. Limítrofe con reacciones emocionales normales a estresores, es objeto de debate y de cuestionamiento terapéutico.

Este estudio pretende analizar las características sociodemográficas, continuidad del tratamiento y existencia de reincidencias en un grupo de pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo en consulta externa durante un año, excluyendo aquellos con antecedentes psiquiátricos previos.

Se recogieron datos sociodemográficos, acontecimientos vitales, subtipos diagnósticos y tratamiento indicado inicialmente. Se registró información de los tres años siguientes sobre abandono del tratamiento, alta médica o aquellos que continuaban al cabo de este tiempo. Análisis estadístico con el paquete SPS – versión 15.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 304 pacientes: 64,9% mujeres, media edad 47,02 años \pm 15,5 Sd, convivencia en familia propia 70,5%, nivel de estudios primarios 49,8% de los casos.

Los estresores más frecuentes fueron problemas de salud (33,2%), conflictos laborales (21,3%) y en el hogar (16%).

El subtipo mixto fue el más encontrado (47,9%); los antidepresivos fueron el tratamiento más prescrito de inicio (53,4%).

36,4% abandonaron, la mitad en el primer mes (45,0%).

30% altas en la primera consulta; 61,7% a los seis meses. A los 3 años seguían en tratamiento 4,6%.

Las reincidencias fueron del 15%.

Conclusión: Nuestros resultados coinciden con otros estudios. Alta tasa de abandonos en los primeros meses y escaso porcentaje de reincidencias, apoyando la aparente buena evolución de los mismos y la difícil separación de las reacciones normales.

Palabras clave: trastornos adaptativos, estresores psicosociales, evolución, tratamiento.



Introduction: The diagnosis of adaptative disorder is one of the most common despite of being a category which lacks of its own diagnostic criteria. Bordering normal emotional reactions to stressors, it is an object of debate and therapeutic questioning.

Objective: To study the sociodemographic characteristics, the continuity of the treatment and the existence of relapse in a group of patients.

Methods: Descriptive retrospective study. Patients diagnosed with adaptative disorder in external consultation during a year were included whereas those with previous psychiatric history were excluded.

Sociodemographical data, vital events, diagnostic subtypes and initially indicated treatment were collated. Information about quitting the treatment, discharges, or continuing it during the three following years was recorded. Statistical Analysis: Data were analyzed with SPS version 15.

Results: A sample of 304 patients was obtained: 64,9% of women, average age of 47,02 years old \pm 15,5 Sd, 70,5% living together with their family, level of primary studies in 49,8% of the cases.

The most common stressors were health problems (33,2%), conflicts at work (21,3%) and at home (16%).

The mixed subtype was the most frequently found (47,9%); antidepressants were the most prescribed initial treatment (53,4%).

36,4% quitted, half of them in the first month (45,0%).

30% of discharges in the first consulting; 61,7% in the first six months. 3 years later, just a 4,6% continued the treatment.

There was a 15% of relapses.

Conclusion: Our results coincide with other studies. High rate of discontinuation in the first months and low percentage of relapse, supporting the apparent good evolution of the patients and the difficulty of isolating them from the normal reactions.

Keywords: adjustment disorders, psychosocial stressors, outcome, treatment.

Introducción

El diagnóstico de trastorno adaptativo es uno de los más frecuentes en las consultas de Salud Mental y sin embargo todavía es muy escasa la investigación y las publicaciones al respecto.

En el primer manual de la DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1952) (1) estos trastornos se incluyeron dentro del grupo de los transitorios situacionales de la personalidad, describiéndolos como una respuesta aguda a un estresor ambiental abrumador que se resolvía una vez desaparecido el desencadenante.

El concepto actual de trastorno adaptativo surgió en el DSM III (1980) (2) como una respuesta

desadaptada a estresores cotidianos, diferenciando los distintos subtipos que se han mantenido sin modificar en los siguientes manuales hasta el actual DSM 5 que, aunque no se refiere a ellos como subtipos, si precisa la necesidad de especificar según la sintomatología. En esta última versión han dejado de ser un trastorno aislado y se han incluido dentro de los trastornos relacionados con el estrés y con los traumas (3).

En la clasificación estadística internacional de enfermedades y de problemas relacionados con la salud ICD, es en la versión 10 cuando se adopta el término de trastorno adaptativo, previamente habían sido definidas como reacciones de adaptación y siempre dentro de los trastornos relacionados con los traumas (4).

Desde el inicio han generado controversia porque para muchos autores suponen medicalizar situaciones de la vida cotidiana mientras que para otros, la existencia de unos criterios demasiado estrictos hace desviar el diagnóstico hacia otras categorías.

Los trastornos adaptativos carecen de criterios específicos si exceptuamos el que el inicio de los síntomas debe ser precedido por la presencia de un estresor identificable y tener un aparente curso longitudinal, resolviéndose dentro de los seis primeros meses después de desaparecer el estresor o sus consecuencias.

Se podrían considerar como una categoría subumbral o residual al no poder ser diagnosticados cuando se reúnen criterios para otro tipo de diagnóstico, como es el caso de una depresión mayor o de un trastorno de ansiedad generalizada con los que se suelen solapar con frecuencia.

No hay estudios de prevalencia en población general y los que existen en atención primaria y en interconsulta psiquiátrica oscilan entre el 11% –18% y el 10% – 35% respectivamente (5) (6).

Ninguno de los grandes estudios epidemiológicos realizados hasta la actualidad como el americano Epidemiological Catchment Area Study (1980), o el Mental Health Epidemiologic Survey de la organización Mundial de la Salud (2008) o el UK National Psychiatry Morbidity Survey (1993, 2000, 2007) incluyeron estos trastornos. Únicamente el estudio europeo para la depresión Network International Depression Outcome (ODIN) (2006) determinó su prevalencia en población general, pero exclusivamente para el subtipo depresivo, cifrándola en el 1% (7).

Se ha señalado que los trastornos adaptativos son al menos tres veces más frecuentes que la depresión mayor en pacientes con una enfermedad física aguda (13,7% vs 5,1%) y pese a ser considerados como una categoría residual, se relacionan con una elevada incidencia de intentos de suicidio y de suicidios consumados (entre 25%-60% dependiendo de la edad) (8). No obstante el riesgo parece ser más bajo que en otro tipo de trastornos.

Los intentos de suicidio se asocian en estos pacientes con frecuencia al consumo de alcohol y

se producen en un intervalo de tiempo más corto desde el inicio de los síntomas que en los trastornos depresivos. Son intentos más impulsivos, sin planificar y sin señales previas de alteraciones emocionales o conductuales que puedan facilitar su prevención (8) (9).

Otro debate es el relativo a su tratamiento, con los antidepresivos como los fármacos más frecuentemente utilizados aunque sean las terapias psicológicas breves las más recomendadas por los expertos. Es posible que no siempre se requiera un tratamiento específico al ser los trastornos adaptativos por definición, condiciones autolimitadas, sin embargo, esto no debería implicar no recibir atención si no que se debería evaluar el tipo de intervención en función de la necesidad inicial ante el estrés, recursos de la persona y contexto en el que se desenvuelve.

Hay publicaciones que señalan que los pacientes con trastornos adaptativos requieren menos tratamiento, son capaces de volver a su nivel de funcionamiento más pronto y tienen menor probabilidad de presentar recurrencias (5).

Este es un estudio descriptivo que analiza las características de 304 pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo en las consultas de Salud Mental durante un año, la continuidad del tratamiento y la existencia de reincidencias en los tres años posteriores a su diagnóstico. Los resultados son discutidos en relación con la literatura existente.

Material y métodos

Los datos sociodemográficos, la información relativa al estresor desencadenante, subtipo diagnóstico realizado, tratamiento inicial indicado y existencia o no de recaídas posteriores fueron obtenidos de forma retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en las consultas de Salud Mental del área sanitaria de Palencia diagnosticados de trastorno adaptativo durante un año.

Se excluyeron aquellos pacientes que tenían antecedentes previos de cualquier tipo de trastorno psiquiátrico. Se recogieron todos los datos existentes en los historiales durante los tres años posteriores referidos a permanencia en el

tratamiento o la solicitud de nuevas consultas por nuevas demandas de atención.

El área de salud de Palencia asiste a una población mayor de 18 años de 142.707 habitantes. Durante el año a estudio fueron atendidos en las consultas de Salud Mental 2038 pacientes y de ellos 504 recibieron el diagnóstico de trastorno adaptativo (24,7%). Una vez hecha la exclusión según los criterios ya descritos, se obtuvo una muestra de 304 pacientes (14,91%).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15. La comparación de variables cualitativas se realizó mediante tablas de contingencia.

Resultados

Los resultados relativos a las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la tabla 1.

Observamos un predominio femenino 64,9% con una media de edad de 47,02 años \pm 15 ds. 70,5% vivía con familia propia; 49,8% tenía un nivel de estudios primarios y 35,7% se encontraban trabajando.

Entre los estresores el más importante fue los problemas de salud propios o de un familiar cercano 33,2%, seguido de estrés laboral 21,3%; rupturas de pareja 15,1%, problemas en el ámbito familiar 14,8%. El paro fue un desencadenante en el 2,6% de los pacientes.

El 11,8% refería dos acontecimientos estresantes y 2,29% tres o más estresores.

El subtipo mixto fue el más frecuente 47,9%, seguido del de ansiedad 29,5% y del depresivo 15,7%. Con alteraciones de la conducta 1% y no especificado el subtipo en 5,6% de los casos.

En un 53,4% de los pacientes el tratamiento inicial indicado fue con antidepresivos, a un 28,5% se indicó tratamiento psicoterapéutico y un 10,8% exclusivamente benzodiazepinas. Los antidepresivos más frecuentemente utilizados fueron los ISRS (74,8%).

Las tasas de abandono fueron de 36,4%, las altas por parte del especialista de un 58,7% y al final de los tres años seguían en tratamiento un 4,6% de los pacientes. A los seis meses de la pri-

mera consulta 204 pacientes (66,9%) ya no estaban en seguimiento. A lo largo de los tres años siguientes un 15,1% de los pacientes volvieron a solicitar atención en nuestras consultas.

La comparación de las características de los pacientes que abandonaron el tratamiento respecto de los que fueron dados de alta o permanecieron en el mismo no mostró diferencias significativas en las variables sociodemográficas, estresores desencadenantes o en el tipo de tratamiento utilizado al inicio. Sólo se encontraron diferencias significativas en el subtipo diagnóstico, observando una menor tasa de abandono en el grupo de pacientes con diagnóstico de subtipo depresivo 23,4% (11/47) vs 38,67% (99/256) con una p 0,04 (tabla 2).

Discusión

Los trastornos adaptativos fueron los diagnósticos más frecuentes en nuestras consultas durante el año 2010 (24,7%) seguidos de los trastornos del humor (16,1%) y de otros trastornos de ansiedad (15,7%) acorde a lo referido en otras publicaciones. Se estima su incidencia en las consultas de atención psiquiátrica de adultos en un rango entre el 5% y el 21% (5).

Un trabajo de Fernández y cols sobre su prevalencia en atención primaria sorprendió por la baja cifra encontrada frente a la esperada 2,94% (10). Quizás, como señala otra autora, Casey (11), la utilización en el estudio de Fernández de entrevistas estructuradas SCID-I con criterios derivados del DSM y de la ICD que clasifican estos trastornos como categorías residuales, podrían explicar su baja prevalencia al ser diagnosticados como otro tipo de trastorno. Argumenta que estas entrevistas diagnósticas utilizan un análisis transversal de la situación clínica, valorando la existencia en un momento determinado de un número de síntomas y una duración mínima de los mismos, mientras que el trastorno adaptativo es un diagnóstico longitudinal basado en la etiología y la evolución de los síntomas. Solo cuando se les conceda la importancia adecuada y se desarrollen instrumentos adaptados se podrá resolver esta cuestión, concluye esta autora.

Cornelius et als han desarrollado en 2014 una entrevista diagnóstica para los trastornos adap-

tativos la Development and Validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD) que podría ser un instrumento válido pero que requiere de mayor investigación (12).

La mayor incidencia que hallamos en mujeres difiere de otros estudios que señalan menor frecuencia de los trastornos adaptativos en este género en comparación con los trastornos depresivos y de ansiedad (13). La diferenciación entre ambas categorías podría haber influido, en especial, cuando las dos se asocian a estresores precipitantes y la repercusión funcional es moderada.

Entre los factores sociales encontramos un alto porcentaje de pacientes que vivían con la familia propia; 14,1% con la familia de origen y 9% vivían solos. El nivel de estudios predominante era el primario 50%.

Hay estudios que sugieren como algunos de estos factores (edad, sexo, estado civil) podrían influir en el curso y la evolución de muchos trastornos psiquiátricos, entre ellos los adaptativos (14) y otros encuentran que en las mujeres en particular, estos factores parecen ser más importantes a la hora de determinar la prevalencia y gravedad de la sintomatología depresiva, incluso más que la existencia de acontecimientos vitales desencadenantes. El estar casada señalan, podría ser un factor menos protector más que un factor de riesgo para la intensidad de la sintomatología depresiva y de ahí más posibilidades de ser diagnosticadas de depresión que de trastorno adaptativo. Esto podría aplicarse sobre todo en mujeres con hijos al tener mayores exigencias en el hogar y padecer un estrés de forma más crónica que el hombre (13).

Otros estudios sugieren que los pacientes con trastorno adaptativo son más jóvenes, tienen más impulsividad, abuso de sustancias y trastorno de personalidad asociados (15).

El estresor más importante que encontramos fue la existencia de una enfermedad propia o de un familiar próximo seguido de los problemas en el ámbito laboral y en un porcentaje muy bajo, sin embargo, la pérdida del trabajo como estresor desencadenante. En algunos artículos se señalan los problemas matrimoniales como la causa

más frecuente mientras que los problemas interpersonales y los familiares lo serían en la depresión mayor (16).

Hay discrepancias en relación a si el tipo de estresor interviene en la gravedad de los síntomas, sobre todo depresivos, y algunos sugieren que es más la asociación del estresor con los rasgos de la personalidad y las estrategias de afrontamiento de la persona los que influyen en el inicio del trastorno que su efecto sobre la gravedad de los síntomas (13).

Hay pocos estudios de prevalencia sobre los subtipos diagnósticos. En dos trabajos recientes encontraron que el subtipo de ansiedad era el más frecuente seguido por el depresivo. En nuestro estudio fue el mixto pero no parece, por lo encontrado en la literatura, que existan grandes diferencias entre ellos cuando se comparan variables sociodemográficas, comorbilidad o historia a lo largo de la vida (16).

Al comparar el grupo de pacientes que había abandonado el tratamiento frente al grupo que había permanecido o había sido dado de alta por el especialista no encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas exceptuando el subtipo diagnóstico, teniendo los pacientes con el subtipo depresivo menor probabilidad de abandonar el tratamiento que el resto de los subtipos diagnósticos. Quizás la sintomatología depresiva sea vivida como más patológica por parte del paciente y favorezca una mayor adherencia al tratamiento.

Se confirma la aparente buena evolución de estos trastornos (5), tal y como señala su propia definición, tanto en el porcentaje de altas realizadas a los pocos meses del inicio del tratamiento, como de la baja tasa de reincidencias a los tres años del diagnóstico. En un estudio realizado a 5 años, el 71% no cumplía criterios para ningún trastorno psiquiátrico (17).

Aunque nuestro estudio no incluía adolescentes, conviene señalar que a diferencia de la buena evolución observada en adultos en aquel grupo de población es frecuente desarrollar otro tipo de patología posterior.

El elevado el índice de abandonos tras la primera consulta (35,1%) podría apoyar la difícil



delimitación con reacciones emocionales adecuadas y adaptativas a los estresores que acontecen en la vida.

El tratamiento inicial más prescrito fueron los antidepresivos, en particular los ISRS, a pesar de que no existe una evidencia clara de sus beneficios en este tipo de trastornos con pocos estudios randomizados y ninguno, hasta el momento, a doble ciego.

En un estudio realizado en un grupo de pacientes con subtipo no especificado en el que se comparaba placebo, terapia de apoyo, antidepresivos y benzodiacepinas no se encontraron diferencias significativas y todos los pacientes mejoraron (18).

La prescripción de antidepresivos en USA ha experimentado un aumento en los últimos años (la tasa anual global pasó de 5,84% a 10,2%) como se refleja en un estudio hecho entre los años 1996 y 2005. Siendo en el caso de los trastornos adaptativos donde este aumento ha sido mayor (22,26% al 39,37%) (19).

El manejo farmacológico, según algunos autores, debería consistir en el tratamiento sintomático del insomnio o de los síntomas de ansiedad con benzodiacepinas o en el caso de estar contraindicadas por el peligro de abuso o dependencia deberían utilizarse antidepresivos (8).

En general, las terapias psicológicas breves son consideradas en la actualidad como las más apropiadas en los trastornos adaptativos, con la excepción de que cuando se mantienen los estresores, puedan necesitarse medidas de apoyo más prolongadas pero tampoco existe investigación suficiente en cantidad o en calidad para llegar a conclusiones más sostenibles (20).

Para finalizar, el aspecto más positivo de este estudio es que al incluir a todos los pacientes diagnosticados con este trastorno en un área de salud durante un año, nos puede proporcionar un fiel reflejo de la práctica clínica habitual. Sus limitaciones derivan de que al ser un estudio retrospectivo y aunque las variables que se han manejado son recogidas de forma sistemática en la historia clínica no han sido definidas previamente y no han permitido abordar algún otro aspecto que podría haber sido de interés, como podría haber sido la presencia de trastornos de la personalidad asociados.

Conclusiones

Como hemos señalado los trastornos adaptativos son una parte importante de la práctica clínica cotidiana y pese a ello falta investigación que aporte una mayor especificidad y solidez a su diagnóstico.

Es necesaria una delimitación clara con las reacciones emocionales normales y con otras categorías con las que con frecuencia se solapan y deberían dejar de considerarse, una vez diagnosticados, como una categoría de menor importancia por su aparente menor gravedad y su buena evolución ya que pese a esto se asocian, sobre todo al inicio, con una elevada incidencia de conducta suicida.

Es importante seguir parámetros de evidencia a la hora de establecer las aproximaciones terapéuticas y para ello se precisan más estudios comparativos entre las diferentes opciones de tratamiento.

Correspondencia

Pilar del Valle López • Centro de Salud La Victoria
Paseo del Jardín Botánico nº13 • 47009 Valladolid
pilarvallelopez@yahoo.es

Bibliografía

1. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. American Psychiatric Association. Washington DC: APA 1952.
2. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 1980.
3. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 5 edition. Washington DC: APA 2014.
4. World Health Organisation (WHO): The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines (ICD-10). Geneva: WHO; 1992.
5. Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord* (1999) 55: 55-61.
6. Zimmerman M, Martínez JM, Dalrymple K, Morgan KL, Lipschitz JM, Martínez et al. Is the distinction between adjustment disorders with depressed mood and adjustment disorders with anxious and depressed mood valid? *J Clin Psychiatry* 2013; 74 (5): 470-476.
7. Casey P, Maracy M, Kelly B D, Lehtinen V, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS et al. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *J Affect Disord* 2006; 92:291-297.
8. Casey P, Bailey S Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011; 10:11-18.
9. Poliakova I, Knobler HY, Ambrumova A Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reactions. *J Affect Disord* 1998; 47: 159-67.
10. Fernandez A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV, Pinto Meza A et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry* 2012; 201:137-142.
11. Casey P, Doherty A. Adjustment disorders: implications for ICD-11 and DSM-5. *B J Psychiatry* 2012; (201): 90-92.
12. Cornelius L, Brouwer S, De Boer MR, Groothoff JV, Van der Klink Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). *Int. J. Methods Psychiatr. Res* 2014; 23 (2): 192-207.
13. Barnow S, Linden M, Lucht M, Freyberger H. The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders. *J Affect Disord* 2002; 72: 71-78.
14. Paikel ES. Stress and affective disorders in humans. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001; 6: 4-11.
15. Snyder S, Strain JJ, Wolf D Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12:159-165.
16. Casey P Adjustment disorder: New developments. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:451
17. Greenberg WA, Rosenfeld DN, Ortega EA Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*. *Am J Psychiatry* 1995; 152:459-461.
18. Olfson M, Marcus SC National patterns in antidepressant medications. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66 (8): 848-856.
19. Casey P, Pillary O. Pharmacological interventions for adjustment disorders in adults. *C. Data base of Systematics reviews* 2013; Issue 6. Art N: CD010530
20. Jones R, Yates W, Zhou M. Readmission rates for adjustment disorders: comparison with others mood disorders. *J Affect Disord* 2002; 71: 199-203.

• Recibido: 8/12/2015.

• Aceptado: 8/1/2016.

Tabla 1. Resultados de las variables sociodemográficas

Pacientes 304	Nº	%
Género		
varón	107	35,1
mujer	198	64,9
Estado civil		
soltero	55	18
casado	180	59
separado	41	13,4
viudo	10	3,3
otro	13	4,3
desconocido	6	2
Convivencia		
familia propia	215	70,5
familia origen	43	14
solos	25	8,2
otros	13	4,3
desconocido	9	3
Estudios		
analfabeto	5	1,6
primarios	152	49,8
medios	84	27,6
universitarios	42	13,8
desconocido	22	7,2
Actividad		
trabaja	109	35,7
ITL	55	18
ama de casa	41	13,4
pensionista	42	13,8
paro	34	11,1
desconocido	17	5,6

Tabla 2. Comparativa de pacientes abandonaron vs pacientes que no abandonaron

	Abandonos n=111	No abandono n=193	Significación
Hombres /mujeres	29,7%/70,3%	37,8%/62,2%	Ns
Edad	46,2±15,2	47,36±15,8	Ns
Convivencia			
familia propia	72,9%	69,4%	Ns
familia origen	9,9%	16,04%	Ns
solo	9%	7,7%	Ns
otros	3,6%	4,66%	Ns
desconocido	4,5%	2,07%	Ns
Actividad			
trabaja	36,9%	38,4%	Ns
ITL	19,8%	17,2%	Ns
ama de casa	15,3%	12,4%	Ns
pensionista	9%	16,5%	Ns
paro	12,6%	10,4%	Ns
desconocido	6,4%	5,1%	Ns
Estudios			
analfabeto	1,8%	1,5%	Ns
primarios	52,3%	48,2%	Ns
secundarios	27,9%	27,4%	Ns
universitarios	10,8%	15,5%	Ns
desconocido	7,2%	7,4%	Ns
Acontecimiento vital			
enfermedad	29,8%	35,3%	Ns
laboral	20,7%	21,2%	Ns
p. familiares	18,9%	14,6%	Ns
ruptura pareja	14,4%	15,5%	Ns
paro	0,9%	3,6%	Ns
Otros	15,3%	9,8%	Ns
Subtipo diagnóstico			
depresivo	9,9%	18,6%	P o.04
ansiedad	27%	31,2%	Ns
mixto	49,5%	47,2%	Ns
a. conducta	1,8%	0,5%	Ns
n.e.	11,8%	2,5%	Ns
Tratamiento inicial			
antidepresivo	52,2%	54%	Ns
benzodicepinas	10,8%	11%	Ns
otros	7,2%	7,2%	Ns
psicoterapia	29,8%	27,8%	Ns
Reincidencias no/si	85,6%/14,4%	84,4%/15,6%	Ns