

RELACIÓN ENTRE LA GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL



Regina Espinosa, Ana Enjuanes, Marta Perandones, Andrés Hausmann, María Paz García-Vera y Jesús Sanz

Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Complutense de Madrid



Introducción

• La realización de las tareas para casa es un elemento de la adherencia al tratamiento que se considera esencial para la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC). Así, numerosos estudios muestran una relación significativa entre la realización de dichas tareas y los resultados obtenidos tras la intervención en diferentes trastornos como los depresivos, los de ansiedad o los de personalidad (Bryant, Simons y Thase, 1999; Burns y Spangler, 2000; Freeman y Rosenfield, 2002; Neimeyer y Feixas, 1990; Thase y Callan, 2006).

• Sin embargo, los datos son contradictorios cuando se relacionan variables del paciente con la adherencia al tratamiento. Entre las variables más estudiadas se encuentran la edad, el sexo, el nivel de estudios de los pacientes y la gravedad de sintomatología previa (Thase y Callan, 2006; Bryant et al., 1999; Woods, Chambless y Steketee, 2001).

Objetivo

Examinar la relación entre la gravedad de la sintomatología depresiva y la realización de las tareas para casa como índice de adherencia a la TCC, ya que entre los principales síntomas depresivos se encuentran la baja motivación y la desesperanza, y ambos podrían disminuir la probabilidad de que se lleven a cabo dichas tareas.

Método

■ **Participantes:** 408 pacientes de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM que recibieron TCC por diferentes problemas psicológicos.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

| | |
|---|------|
| Edad media (años) | 31,4 |
| Sexo (% de mujeres) | 72,5 |
| Nivel de estudios (% de pacientes): | |
| • Primarios incompletos | 2,9 |
| • Primarios completos | 10 |
| • Secundarios | 34,6 |
| • Diplomados universitarios | 20,6 |
| • Licenciados universitarios | 31,9 |
| Estado civil (% pacientes casados o conviviendo con pareja estable) | 53,4 |
| Pacientes cuyo entorno cercano (familia, pareja) conoce su problema (%) | 93,6 |

Tabla 2. Características clínicas de la muestra

| | |
|--|------|
| Puntuación media en sintomatología depresiva (BDI-II) | 23,0 |
| Pacientes con trastorno de ansiedad no especificado DSM-IV (%) | 6,4 |
| Pacientes con trastornos depresivos DSM-IV (%) | 12,7 |
| Pacientes con trastornos adaptativos DSM-IV (%) | 8,8 |
| Pacientes con trastornos de pánico o agorafobia DSM-IV (%) | 10,8 |
| Pacientes con trastornos de personalidad DSM-IV (%) | 8,1 |
| Pacientes con fobia específica o fobia social DSM-IV (%) | 10,0 |
| Grado de adherencia al tratamiento (% de pacientes): | |
| • Muy pobre (< 25% de tareas para casa realizadas) | 3,9 |
| • Pobre (25% de tareas para casa realizadas) | 4,4 |
| • Media (50% de tareas para casa realizadas) | 8,6 |
| • Buena (75% de tareas para casa realizadas) | 19,6 |
| • Muy buena (100% de tareas para casa realizada) | 63,5 |

BDI-II = Inventario para la Depresión de Beck – II (adaptación española; Sanz et al., 2005)

DSM-IV = Cumple los criterios diagnósticos del trastorno según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, 4ª edición

■ **Diseño:** Correlacional, transversal. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple por pasos para conocer la relación entre gravedad de la sintomatología depresiva y adherencia al tratamiento (realización de las tareas para casa) controlando las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, tener pareja, diagnóstico principal y conocimiento del problema en el entorno más cercano.

Resultados

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple por pasos sobre la adherencia a la terapia cognitivo-conductual (realización de tareas para casa)

| Variabes incluidas en el modelo final | Beta | p |
|--|--------|--------------|
| Trastorno de personalidad | -0,197 | 0,001 |
| Trastorno de pánico y agorafobia | 0,106 | 0,029 |
| Nivel de estudios | 0,101 | 0,037 |
| Variabes excluidas del modelo final | Beta | p |
| Sintomatología depresiva (BDI-II) pretratamiento | -0,015 | 0,756 |
| Trastorno depresivo | 0,068 | 0,167 |
| Edad | -0,030 | 0,536 |
| Sexo | 0,055 | 0,257 |
| Con cónyuge o pareja estable | 0,037 | 0,454 |
| Con entorno cercano que conoce su problema | -0,054 | 0,265 |
| Fobia social o específica | 0,056 | 0,256 |
| Trastorno de ansiedad no especificado | -0,028 | 0,558 |
| Trastorno adaptativo | 0,014 | 0,778 |

R² del modelo de regresión final = 0,06 [F(3, 404) = 9,11, p < 0,001]

Conclusiones

- Estos resultados indican que **NO existe una relación significativa entre gravedad de la sintomatología depresiva y adherencia al tratamiento** (realización de las tareas para casa), lo que corrobora lo hallado en estudios previos (Thase y Callan, 2006; Bryant et al., 1999; Burns y Spangler, 2000).
- Sin embargo, nuestros resultados también sugieren que:
 - A. Tener un **trastorno de personalidad disminuye la probabilidad de que se realicen las tareas para casa**, lo que corrobora los resultados de Freeman y Rosenfield (2002).
 - B. Las personas con un **nivel más alto de estudios realizan en mayor medida las tareas para casa**, lo que podría deberse a que dichas personas entienden o realizan más fácilmente las tareas que se prescriben en la TCC.
 - C. Tener un **trastorno de pánico o agorafobia aumenta la probabilidad de realización de las tareas para casa**, lo cual, aunque sorprendente, podría explicarse por la validez aparente y concreción de las tareas que suelen prescribirse para dichos trastornos en la TCC.
- Estas tres variables tan sólo explican el 6% de las diferencias individuales en la realización de las tareas para casa, por lo que es necesario ampliar el número de factores a investigar para poder entender bien la adherencia al tratamiento.
- Las **implicaciones clínicas** de estos resultados son muy claras: ante pacientes con trastornos de personalidad o bajo nivel de estudios, los clínicos necesitarían, por un lado, adaptar las tareas a dichos pacientes y, por otro, emplear mejores habilidades terapéuticas para aumentar la adherencia al TCC.

Referencias

- Burns, D., y Spangler, D. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 46-56.
- Bryant, M., Simons, A., y Thase, M. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 381-399.
- Freeman, A., y Rosenfield, B. (2002). Modifying therapeutic homework for patients with personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 489-498.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16, 121-142.
- Thase, M., y Callan, J. (2006). The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16, 162-177.

Agradecimientos y Dirección

Nuestro agradecimiento al equipo de psicólogos residentes de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM (Enrique Chacón, Francisco José Estupiña, Ignacio Fernández y Alberto Hugo Buale) por su ayuda en varios momentos de esta investigación.

Dirección para la correspondencia en relación a este póster: María Paz García-Vera, Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid. Correo electrónico: mpgvera@psi.ucm.es.