

## RESULTADOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN 209 PACIENTES DEPRESIVOS, ABANDONO VOLUNTARIO DE LA TERAPIA Y COSTE ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO

Verania Andrés Navia<sup>1</sup>

*Centro de Psicología Bertrand Russell*

**RESUMEN. Antecedentes:** este estudio se centra en el abandono voluntario (AV) de la terapia cognitivo-conductual con pacientes depresivos y su relación con la eficacia y la prevención de recaídas en comparación con pacientes que sí terminan la terapia (AT). Se estudia el coste económico que representa disminuir un punto en el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). **Método:** Se evalúa a 209 pacientes con el cuestionario BDI. Se realizan otros cuestionarios para evaluar los factores de riesgo para el abandono voluntario y se cumplimentan por parte de los pacientes y de los terapeutas antes y después de la terapia. Se realiza también la cumplimentación del Cuestionario de Seguimiento de Bas y Andrés (1986). **Resultados:** Los pacientes han mejorado durante el tratamiento (hay diferencias significativas entre el BDI pre y el BDI post para los dos grupos) aun cuando los AV han mejorado menos. Hay diferencias significativas entre los dos grupos en el BDI post-tratamiento y en el seguimiento de 8 años de media (BDI post de AV: 12.6; AT: 5.36) y mayor severidad en el seguimiento en el grupo AV. Los AV tienen mayor probabilidad de recaer. Se presenta el coste medio del grupo para disminuir un punto en el BDI. Las variables predictoras del abandono son la empatía y el grado de cumplimiento de las expectativas del paciente y conocimiento de la terapia en la primera sesión. **Conclusiones:** Los pacientes AV mejoran menos que los pacientes AT y en el seguimiento presentan una mayor severidad en los síntomas depresivos y tienen mayor probabilidad de recaer. Es muy importante que el paciente termine la terapia de acuerdo con su terapeuta para prevenir recaídas en el futuro y disminuir el coste de la terapia.

**Palabras clave:** Terapia cognitiva, depresión, prevención del abandono voluntario y prevención de recaídas.

**ABSTRACT. Background:** This study focuses on dropout (D.O) from cognitive-behavioural therapy in depressed patients and its impact on therapeutical efficiency and relapse prevention in contrast whit patients completing therapy (AT). The economic cost of reducing Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961 ) results by one point is also estimated. **Method:** 290 patients were evaluated with BDI questionnaire (Beck et al. 1961). Further questionnaires were developed to evaluate risk factors of voluntary drop out, and they were filled in by patients and therapists both before and after treatment. The Cuestionario de Seguimiento (Follow Up Questionnaire) by Bas y

<sup>1</sup>Correspondencia: Verania Andrés Navia. Centro de Psicología Bertrand Russell. C/ Marqués de Cubas, 6, 28014 Madrid (España). E-mail: veranianavia@gmail.com

Andres (1986) was also filled in. Risk factors of voluntary dropout in this sample of patients were studied. **Results:** Patients condition improves during treatment (there are significant changes in BDI pre and post scores in both groups), although there is less improvement in dropout patients. There are significant differences between the two groups both in BDI post treatment scores, as well as in the 8 year follow-up scores. (D.O post BDI: 12.6; AT BDI: 5.36). D.O patients are more severely depressed in follow up, and have a greater probability of relapsing. The average group cost of reducing BDI results by one point is estimated. Dropout risk variables are: perceived empathy in the first session, fulfilment of patient's expectations, and the degree of acquaintance with therapy achieved in this first session. **Conclusions:** D.O patients improves less than patients AT and D.O. patients are more severely depressed in follow up and have a greater probability of relapsing. It is very important, the patient must complete the therapy in accordance with your therapist in order to relapse prevention and reduce the economic cost of therapy.

**Key words:** Cognitive therapy, depression, prevention of dropout, relapse prevention.

### Introducción

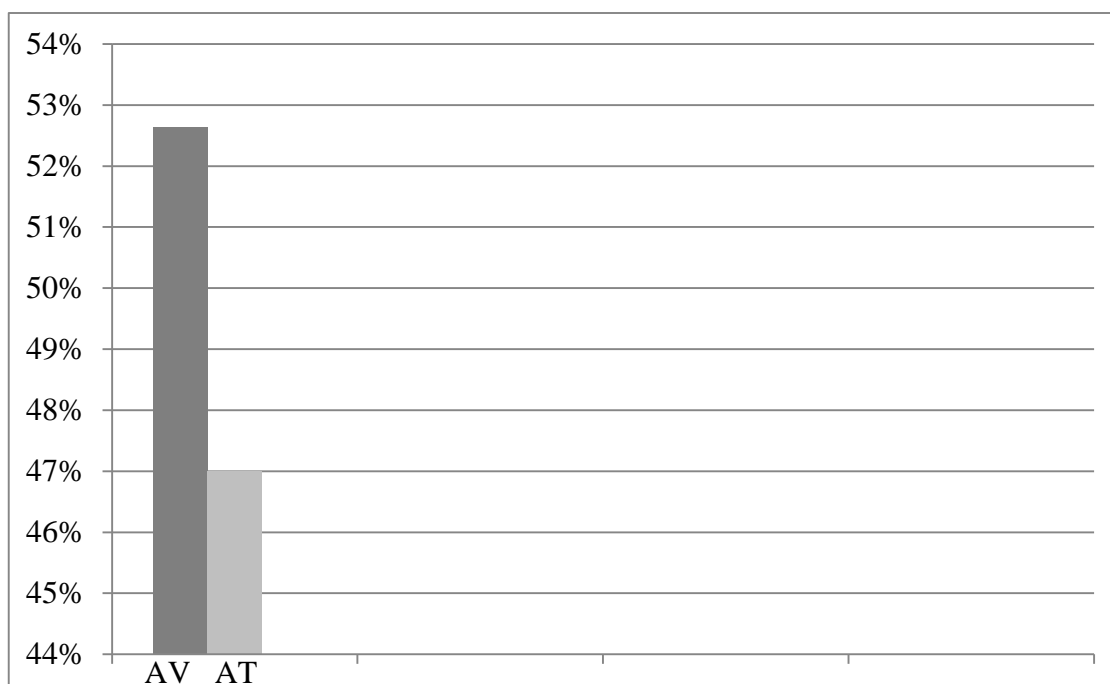
El abandono voluntario de la terapia (AV) sin haberse conseguido los objetivos terapéuticos propuestos afecta a todas las psicopatologías y modalidades de tratamiento y está asociado a un alto coste económico y emocional de los pacientes. En particular, en este estudio se evalúan los factores de riesgo para proponer un programa de prevención al respecto, centrado en la terapia cognitivo-conductual de los pacientes depresivos unipolares, siguiendo la línea de investigación comenzada por la autora en 1989 (ver, por ejemplo, Bas y Andrés, 1994). Se realizó en su momento una revisión exhaustiva del AV en la práctica privada. Baekeland y Lundwall (1975) revisan 362 estudios que indican que entre el 30 y el 60% de los pacientes que acuden a Centros de Salud Mental comunitarios son casos de AV. Koss (1979) evaluando la práctica privada, encuentra que entre el 65% y el 63% de los pacientes terminan la terapia antes de la 10ª sesión. En España, por ejemplo, Gavino y Godoy (1993) estudian las causas explícitas del AV de programas de terapia de conducta. Wierzbicki y Pekarik (1993) realizan uno de los primeros meta-análisis donde incluyen las posibles causas del abandono y estudian la definición de esta variable y después de revisar 125 estudios encuentran tasas de abandono de un 46,86%. Más recientemente, Hans y Hiller (2013) publican un meta-análisis de estudios centrados en el AV de la terapia para los pacientes depresivos unipolares.

### Método

#### *Participantes*

Se trata de 209 depresivos unipolares, sin síntomas psicóticos y que cumplían los Criterios Diagnósticos del DSM-III (American Psychiatry Association [APA], 1980) o DSM-III-R (APA, 1987), según el año del tratamiento, tratados por ocho terapeutas distintos con una media de experiencia de 8 años, a lo largo de trece años, en tres centros privados con terapia cognitivo-conductual. Se dividen en dos grupos: los que no terminan la terapia de acuerdo con el terapeuta (grupo de Abandono Voluntario, AV) formado por el 52,63% de la muestra (110 pacientes) y los que sí lo hacen (grupo alta

del terapeuta, AT) que representa el 47,37% del total (99 pacientes), así se presenta en el Gráfico 1.



**Gráfico 1.** Porcentaje de pacientes en los grupos AV (abandono voluntario) y AT (alta terapeuta).

Con una depresión primaria el 80% y una edad media de 30 años (con un intervalo entre 18 y 67 años), en su mayoría mujeres (67% en el grupo AV, y un 66,7% en el grupo AT)) y de un nivel socioeconómico medio (52% AV y 70% AT) y la mitad con pareja estable (51,4% AV y 54,1% AT).

### *Materiales*

Se cumplimenta el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) antes y después de la terapia y en el seguimiento, además de otros ocho cuestionarios clínicos que no son objeto de este estudio. Se pasa el Cuestionario de Seguimiento de Bas y Andrés (1986) dirigido a evaluar la situación actual de los pacientes y su nivel de recaídas. Este cuestionario ha sido utilizado en otras investigaciones de los autores (Bas y Andrés, 1994) y en él se evalúan el aprendizaje y la práctica de estrategias terapéuticas y recaídas, entre otros tópicos.

Así mismo, se cumplimentan por parte del terapeuta y del paciente dos cuestionarios especiales diseñados por la autora de este estudio para evaluar las variables relacionadas con el abandono en dos momentos distintos de la terapia, después de la primera y última sesiones. A continuación se incluyen las opiniones del paciente en el Cuadro 1.

### **Cuadro 1.** Variables evaluadas por el paciente en la primera sesión.

1. Comodidad, comprensión y apoyo con el terapeuta en la primera sesión.
2. Grado de cumplimiento de las expectativas respecto a la terapia en la primera sesión.
3. Competencia profesional del terapeuta percibida en la primera sesión.
4. Eficacia autopercibida para la solución de los problemas.
5. Número de sesiones que espera el paciente que dure la terapia.
6. Tipo de terapeuta que espera el paciente.

#### *Procedimiento*

Se evalúa en primer lugar si hay diferencias entre los dos grupos en algunas características clínicas, y a posteriori la eficacia, las recaídas y el coste económico de la terapia, dividiendo siempre a los pacientes en dos grupos AV o AT. El BDI se cumplimenta antes, después y en el seguimiento; el Cuestionario de Seguimiento (Bas y Andrés, 1986) se cumplimenta a lo largo de los 13 años de seguimiento y los dos cuestionarios especiales para el abandono voluntario (ver cuadro 1 para las opinión del paciente), se cumplimentan al principio y al final de las sesiones de terapia. Se realiza un seguimiento de los pacientes para ver la evolución desde el comienzo hasta el final de la terapia y así poder utilizar variables predictoras del abandono. Se recogen datos durante trece años. Los pacientes cumplimentan el BDI antes y después de la terapia, comparándose los resultados para ver la eficacia de la terapia y el Cuestionario de Seguimiento en distintos momentos post terapia para ver los resultados a largo plazo.

#### *Diseño*

Se comparan los grupos AV y AT y se contrastan las variables relacionadas con el AV (opiniones subjetivas del terapeuta y del paciente) después de la primera y última sesión, evaluándose si hay diferencias significativas pre y post tratamiento. Se ha empleado un diseño ex post facto retrospectivo.

### **Resultados**

#### *Características clínicas de la muestra*

La severidad media depresiva (puntuación en el BDI) al comienzo de la terapia, es moderada en ambos grupos (23,52 en el grupo AV y 25,46 en el grupo AT) y no hay diferencias significativas entre los dos grupos.

En la variable antigüedad de síntomas sí que hay diferencias significativas: los pacientes AV tienen una media de 6,22 años y los AT una media de 3,64 años (con un intervalo entre 18 y 67 años). Por lo que respecto a los antecedentes familiares psiquiátricos, encontramos que hay diferencias significativas de nuevo entre los dos grupos: en los AV encontramos un número mayor de pacientes con antecedentes (49,3%) que en los AT (38%).

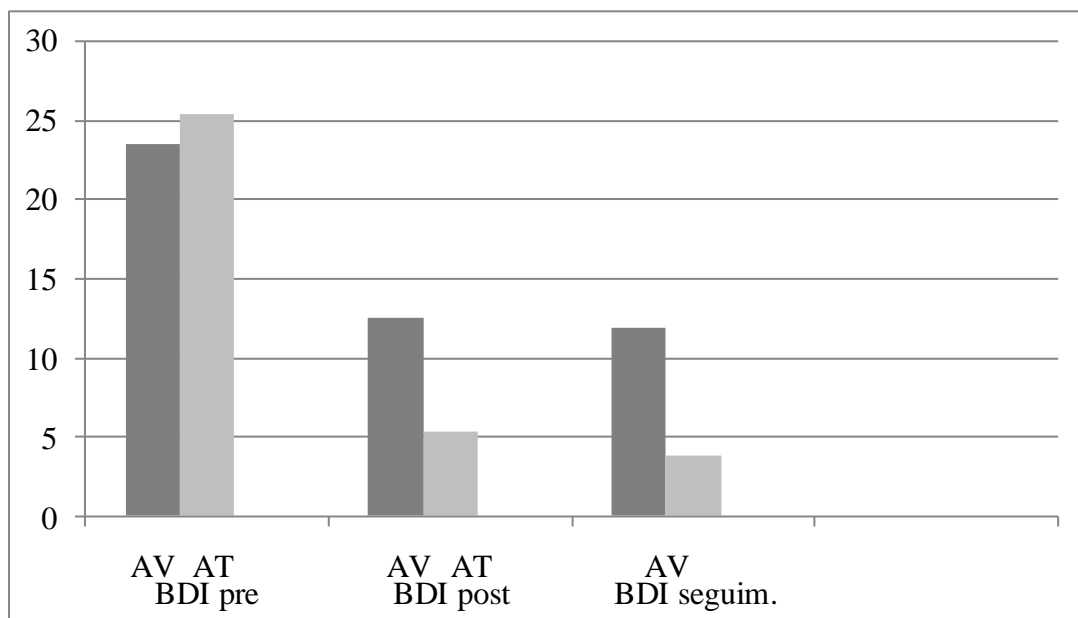
La variable medicación durante la terapia no distingue a los dos grupos (AV: 40,2% sin medicación versus AT: 3,7%) así como el número de tratamientos anteriores (AV 53,7% y AT 49,5%) o el número de problemas asociados (AV media de 2,58 y AT media de 2,70).

### Tratamiento

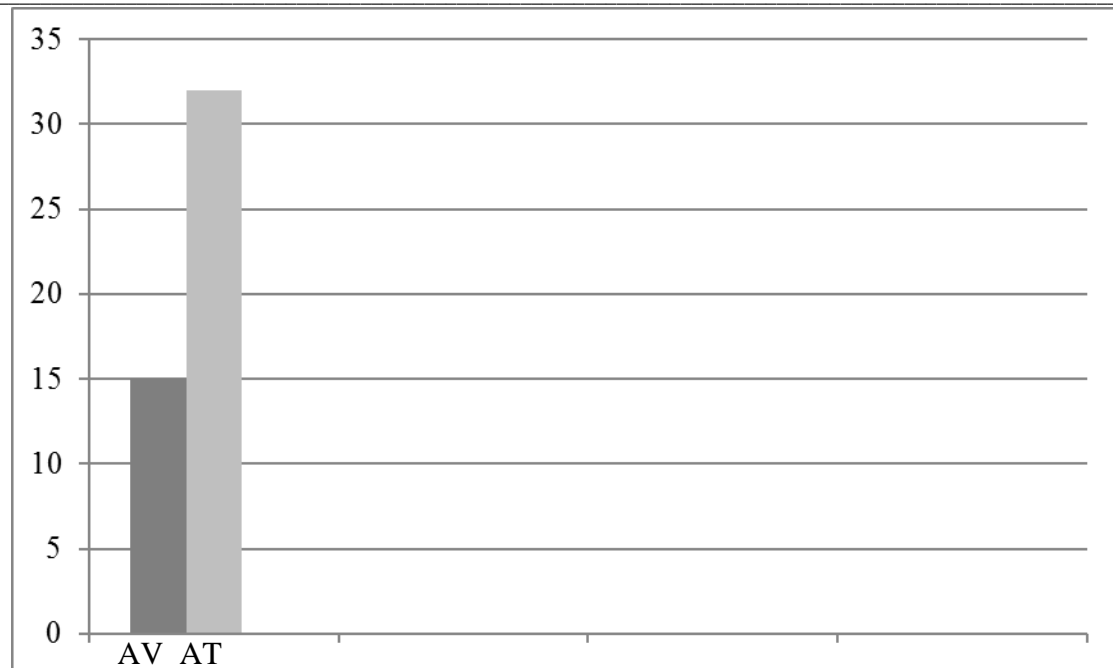
Hay diferencias significativas entre los dos grupos en las tres mediciones del BDI pre, post y seguimiento, obteniendo las mejores puntuaciones el grupo AT y habiendo mejorado menos los AV, tal y como se aprecia en el Gráfico 2.

Se ha presentado una disminución significativa en el BDI (BDI post) donde el grupo AV presenta una media de 12,6, habiendo disminuido 10,92 puntos de media en unas 15 sesiones de media, mientras que el grupo AT alcanza una media de 5,36, suponiendo una disminución de 20,10 puntos de media en unas 32 sesiones de media, tal y como puede apreciarse en los Gráficos 3 y 4.

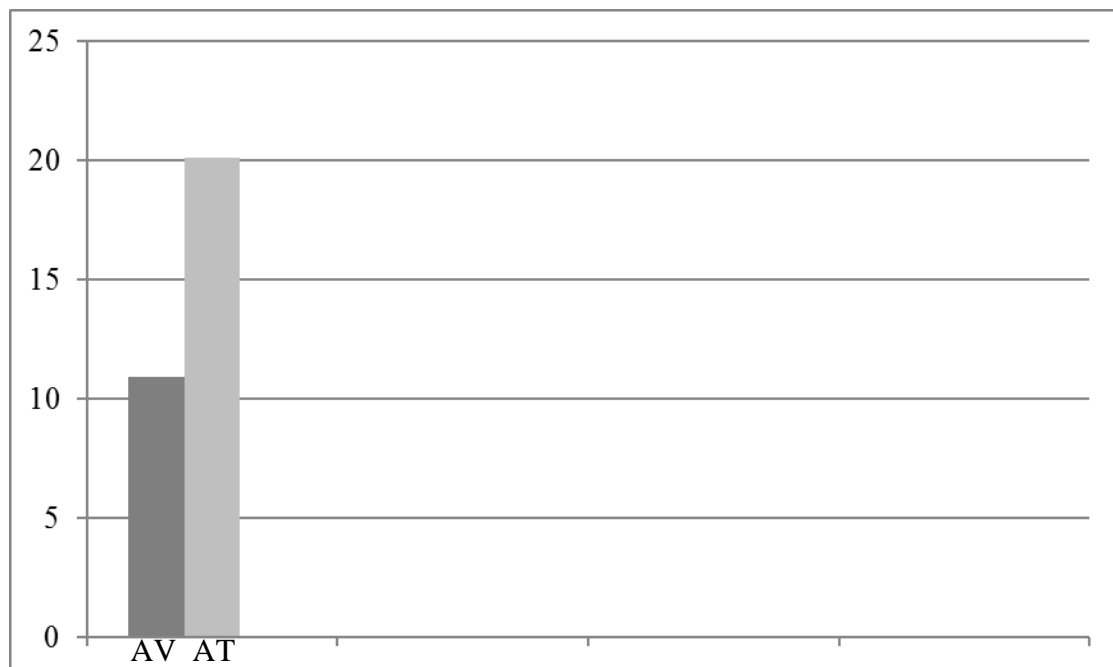
Es de resaltar que la media del BDI en el seguimiento de los pacientes AT es inferior a la obtenida en el post-tratamiento y hay diferencias significativas. Este fenómeno subraya la idea de que en los pacientes que no recaen la práctica de las habilidades antidepresivas aprendidas en la terapia les ayuda a mantener una mejoría mayor a medida que pasan los años desde el fin de la terapia.



**Gráfico 2.** BDI (*Beck Depression Inventory*) pre, post y seguimiento en los grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).



**Gráfico 3.** Número medio de sesiones que reciben los dos grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).



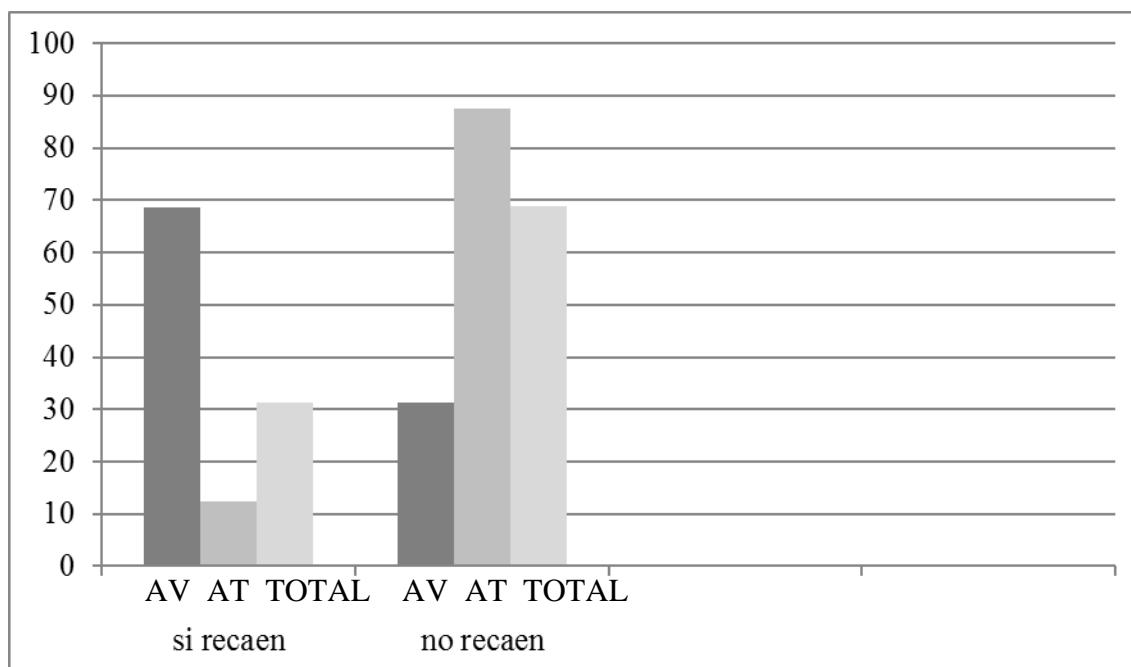
**Gráfico 4.** Puntos que disminuyen los pacientes de media en el BDI (*Beck Depression Inventory*) según los grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

*Coste medio de la terapia*

Por lo que respecto al coste medio de la terapia en el grupo AV es de 1,37 sesiones para disminuir un punto en el BDI mientras que en el grupo AT es de 1,59 sesiones.

### *Seguimiento y recaídas*

Hay diferencias significativas entre los dos grupos en las recaídas en un seguimiento medio de 8 años, con un intervalo entre 6 meses y 13 años, como se puede apreciar en el Gráfico 5.



**Gráfico 5.** Porcentaje de recaídas en los grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia) en el seguimiento medio de 8 años.

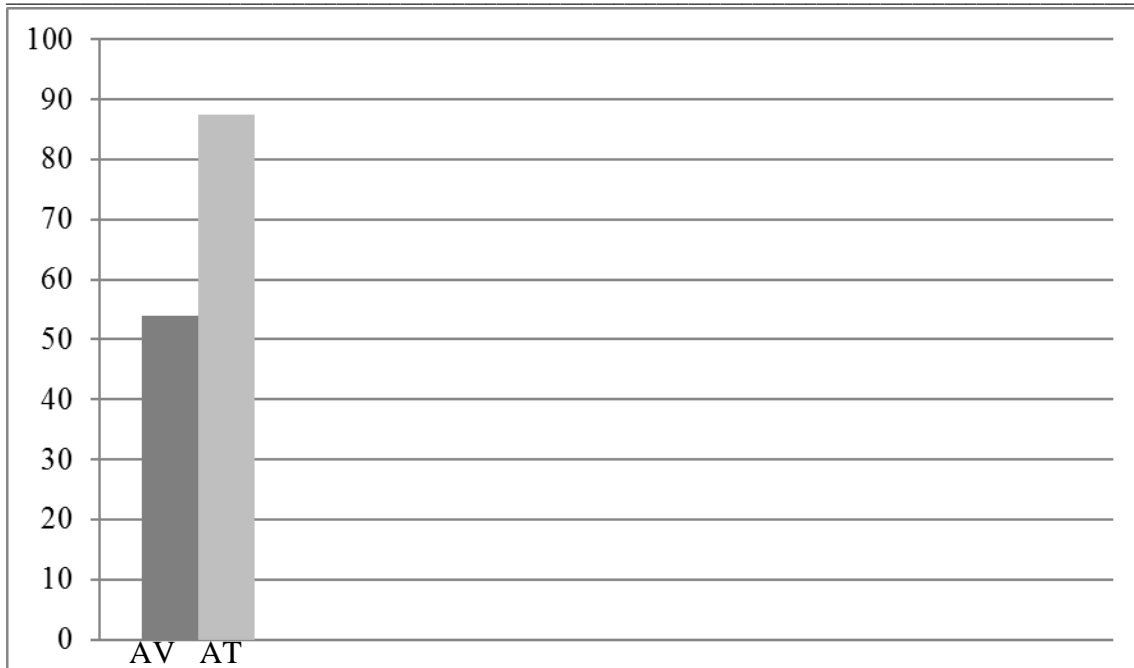
### *Estudio descriptivo de los pacientes con mayor riesgo de AV*

En el perfil de estos pacientes encontramos una mayor cronicidad, menor severidad depresiva, mayor probabilidad de tener antecedentes familiares psiquiátricos (no se incluyen aquí los resultados de otros cuestionarios que no eran objeto de este estudio), habiendo diferencias significativas en estas variables.

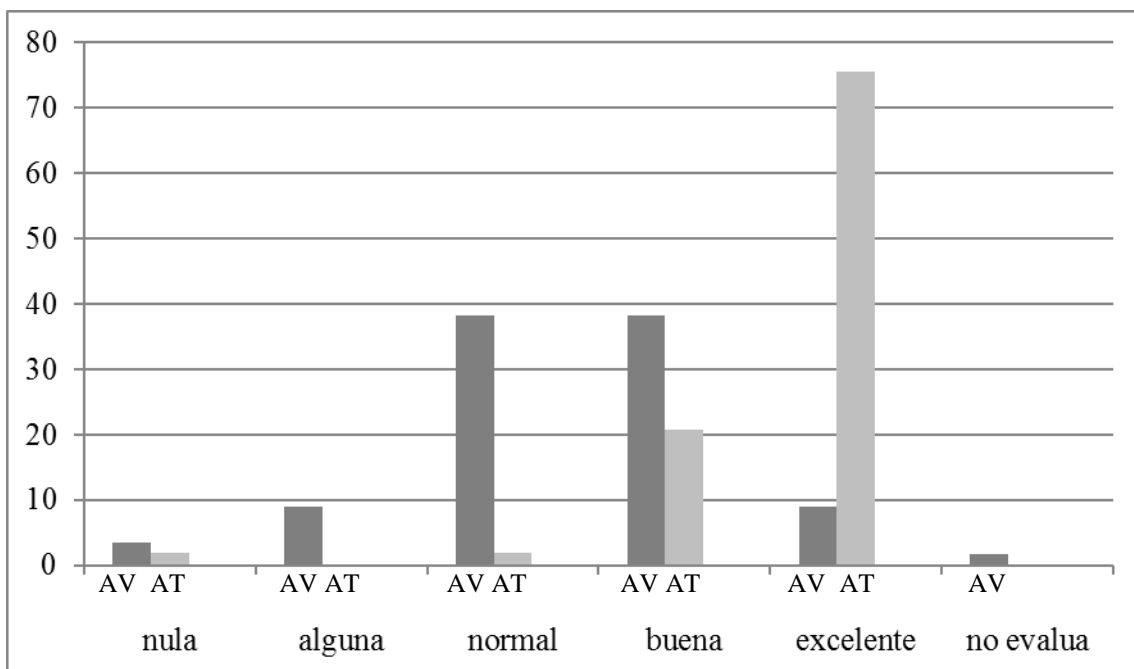
Opiniones del terapeuta y del paciente: hay diferencias significativas en las siguientes variables:

En el grupo AV se ha conseguido menos empatía, según el terapeuta y el paciente en las primeras sesiones (el 54% de los pacientes AV se siente bastante o muy cómodos y comprendidos versus el 87,5 % de los AT, en la primera sesión) como se aprecia en el Gráfico 6.

Según el terapeuta el grado de empatía es normal o bueno en un 76% de los AV mientras que en el 96,2 % de los AT la empatía ha sido buena o excelente (ver Gráfico 7) habiendo diferencias significativas entre ambos grupos.



**Gráfico 6.** Porcentaje de pacientes que se sienten muy o bastante cómodos, comprendidos y apoyados en la primera sesión según los dos grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

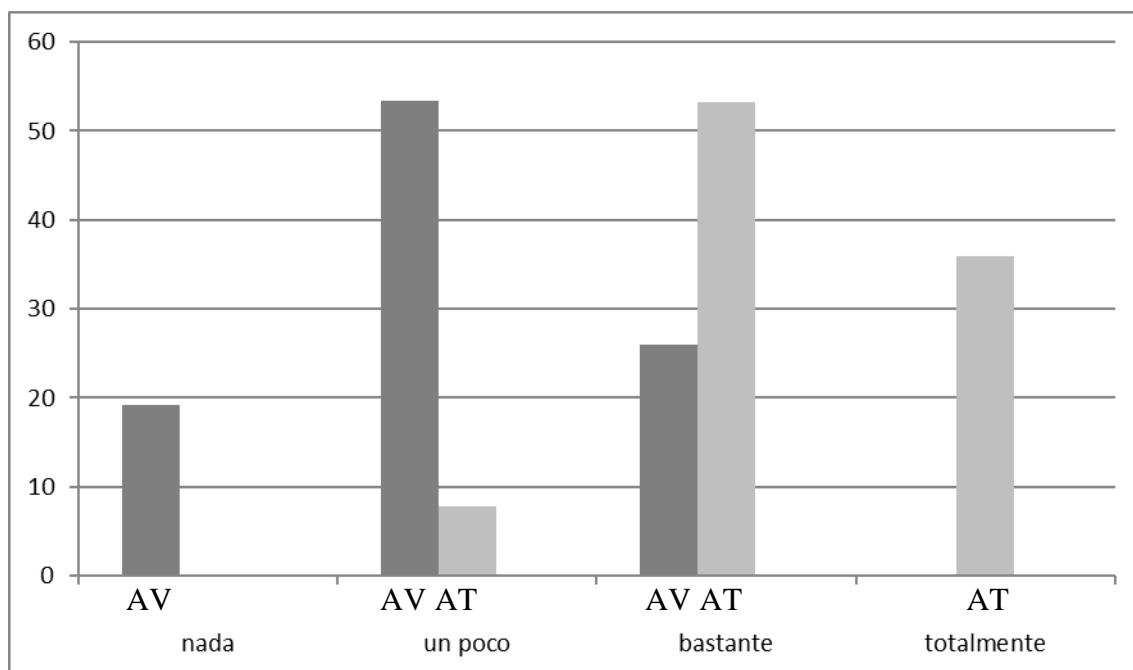


**Gráfico 7.** Grado de empatía conseguida con el paciente según el terapeuta (en porcentajes) en los dos grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

En éstas primeras sesiones, según el terapeuta, también se han cumplido menos las expectativas del paciente y éste conoce y acepta menos la terapia, un 89,10% de los AT consideran que sus expectativas se ven total o bastante cumplidas mientras que en la



mayoría de los AV (72,16%) estas expectativas no se cumplieron nada o un poco, habiendo diferencias significativas. En la última sesión se considera en el grupo AV que se ha superado el problema depresivo en grado menor. Algunos de estos datos se pueden apreciar en el Gráfico 8.



**Gráfico 8.** Opinión del terapeuta acerca del grado de cumplimiento de las expectativas sobre la terapia que tenía el paciente en la primera sesión (en porcentajes) según los dos grupos AV (abandonan terapia) y AT (terminan terapia).

### Discusión/Conclusiones

Comparado con estudios anteriores como el de Baekeland y Lundwall (1975) de la práctica privada, la tasa de AV aquí encontrada está de acuerdo con los datos de ese estudio. Quizá lo más interesante de este trabajo sea, a parte del gran número de pacientes, la relación encontrada entre el fenómeno de AV y las recaídas, al tener estos pacientes mayor probabilidad de recaer y presentar una mayor severidad depresiva después del tratamiento, haber practicado menos las habilidades antidepresivas aprendidas en terapia y haber generalizado menos esta práctica a situaciones no trabajadas, sintiéndose menos satisfechos con los resultados de la terapia y con el grado de superación de su problema. Otro punto importante de este trabajo se relaciona con las expectativas de los pacientes con respecto a la terapia, ya que éstas se ven menos cumplidas en las primeras sesiones en los pacientes que abandonan, según las opiniones de paciente y terapeuta. El grado de empatía en la terapia es menor en los pacientes que abandonan según ambos. Una conclusión importante es que no terminar la terapia de acuerdo con el terapeuta es un factor de riesgo para las recaídas. Estos datos apoyan el criterio del terapeuta acerca de cuándo debe terminar la terapia. Se recomienda a los terapeutas que avisen a sus pacientes de este hecho para evitar las posibles recaídas asociadas al abandono.

Las limitaciones de este estudio pueden relacionarse con las medidas subjetivas utilizadas en el mismo y con el número de terapeutas. En este sentido, sería interesante incluir una valoración secundaria por parte de otro terapeuta de las opiniones subjetivas

del terapeuta citadas y aumentar el número de terapeutas. Así mismo, se recomienda para futuros estudios analizar la procedencia de los sujetos así como sus expectativas de entrada y conocimientos acerca de la terapia, variables fundamentales para el abandono.

#### *Recomendaciones para el diseño de programas de prevención del abandono*

Atender en la primera sesión a los factores de riesgo citados como la mayor cronicidad para poner en marcha de forma inmediata un programa de prevención del abandono.

Mejorar la fase pedagógica y evaluar el nivel de aceptación de los contenidos terapéuticos después de la primera sesión.

Detectar el modelo explicativo que el paciente presenta de su modelo depresivo, reestructurándolo posteriormente para ajustar sus expectativas.

Facilitar los procesos empáticos rápidamente, haciendo que el paciente se sienta muy cómodo y confiado ya en la primera sesión.

#### **Referencias**

- Baekeland, D. F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738 – 783.
- Bas, F. y Andrés, V. (1986). *Cuestionario de Seguimiento*. Apuntes del Máster de Terapia Cognitivo-Conductual del Centro de Psicología Bertrand Russell.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994, julio). *Study of the dropouts relapse and recurrences in the following unipolar depressive patients treated with cognitive-behavior therapy*. Comunicación presentada en el 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, España.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Gavino, A. y Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en la Terapia de Conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 511-536
- Hans, E. y Hiller, W. (2013). Effectiveness of and Dropout from patient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: a Meta-analysis of nonrandomized studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 75-88.
- Koss, M.P. (1979). Length of psychotherapy for clients seen in private practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 210-212.
- Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.