

# Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión

Sara González González, Concepción Fernández Rodríguez\*,

Jorge Pérez Rodríguez e Isaac Amigo Vázquez

*Universidad de Oviedo, España*

## ABSTRACT

*Outcome predictors in a depression secondary prevention program.* On this study, predictors of efficacy, effectiveness and efficiency of three depression secondary prevention interventions were analysed: Cognitive-behavioral psychotherapy, reinforcing personal resources and social support. The sample was composed by 60 people with from-mild-to-moderate depression, who were randomly assigned either to any of the treatments or to a forth control group (waiting list). The interventions were developed in groups set at Primary Care Centres. Sociodemographic, psychopathology, quality of life and attendance to mental health services variables were assessed at pretest, postest and two follow-up evaluations, 6 and 12 months afterwards. These treatments have more efficacy on people in the middle of the psychopathological severity ranking, with symptoms mixed with anxiety, with a recent depression, with good social integration, with social support and without depression troubles in the past.

*Keywords:* Depression, Secondary prevention, Therapeutic predictors.

## RESUMEN

En este estudio se analizaron las variables predictoras de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de tres intervenciones dirigidas a la prevención secundaria de trastornos depresivos: psicoterapia cognitivo-conductual, potenciación de los propios recursos personales de los pacientes y apoyo social. La muestra fue de 60 sujetos con depresión moderada, que se asignaron aleatoriamente a los tres tratamientos experimentales y a un cuarto grupo control de lista de espera. Las intervenciones se llevaron a cabo en centros de atención primaria en formato grupal. Se midieron variables sociodemográficas, psicopatológicas, de calidad de vida y de asistencia a recursos especializados de salud mental en el pretest, el postest y dos seguimientos (6 y 12 meses). Los resultados muestran que las personas para las que resultan más eficaces estos tratamientos son aquellas en rangos medios de gravedad psicopatológica, con un comportamiento ansioso-depresivo de corta evolución, que muestran una buena adecuación social, cuentan con apoyo social y no tienen antecedentes de problemas depresivos.

*Palabras clave:* depresión, prevención secundaria, predictores terapéuticos.

---

\*La correspondencia sobre este artículo puede ser dirigida a la segunda autora: Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo, Plaza Feijoo, s/n, 33003 Oviedo, España. E-mail: frconcha@correo.uniovi.es

La depresión es uno de los problemas sanitarios más acuciantes de la sociedad occidental. De un lado, los síntomas psicopatológicos más frecuentes son los depresivos; de otro, los trastornos depresivos son la tercera psicopatología más común, con una prevalencia vital de entre el 2 y el 25%, tanto en Estados Unidos como en España (Ayuso Mateos *et al*, 2001; Kaplan y Sadock, 1999). En consecuencia, estos problemas colapsan los centros de atención primaria y los centros de salud mental españoles. Entre un 15 y un 40% de los pacientes de los centros de atención primaria presentan trastornos psicológicos, y un 25% de ellos depresión (Bernardo, 2000).

Los factores de riesgo que favorecen la aparición de problemas depresivos han sido ampliamente estudiados. Entre otros: ser mujer, tener entre 25 y 44 años, estar en paro, ser soltero, vivir en un entorno urbano y en países occidentales desarrollados, experimentar algún evento vital doloroso y siempre que éste confluya con un escaso apoyo social o con esquemas cognitivos depresógenos, tener antecedentes familiares de depresión (Belloch, Sandín y Ramos, 1995; Tsai y Chentsova-Dutton, 2002; Kessler, 2003).

Los trastornos depresivos cursan habitualmente con recaídas, cronificación y repercusiones graves, entre ellas el suicidio. Entre un 40 y un 85% de las personas con depresión mayor presentan alguna recaída durante la vida. De las personas que cometen suicidio, entre un 50 y un 70% tenían historia de algún trastorno depresivo (Coon y Thompson, 2003; Emslie, Mayes, Laptook y Batt, 2003; Merrill, Tolbert y Wade, 2003).

Si bien existen teorías explicativas dispares para la depresión, se asume aquí que esta psicopatología se deriva, en buena medida, de la carencia y/o inadecuación de las estrategias de las personas para hacer frente a los problemas de la vida. La proliferación de abordajes psicoterapéuticos para tratar la depresión es abrumadora, pero no todos están suficientemente avalados con estudios científicos. Tras una revisión exhaustiva, se puede concluir que las terapias más útiles para el tratamiento de la depresión son la conductual, la cognitiva y la interpersonal. Estas terapias han mostrado en distintos estudios una eficacia al menos igual o superior a la medicación antidepressiva (ISRS). No obstante, se señala la superioridad de estas psicoterapias sobre el tratamiento farmacológico en tanto que, por sus mejores resultados en la prevención de las recaídas, han mostrado ser más eficientes y también más efectivas al incrementar la calidad de vida global de la persona. Por otra parte, el tratamiento combinado no genera beneficios añadidos a ninguna de las terapias -fármacos o psicoterapia- por separado, con la excepción de las depresiones crónicas. El formato psicoterapéutico grupal se diría que es tanto o más eficaz que el individual, aunque sí parece más efectivo y eficiente. En relación a los grupos de apoyo social no puede concluirse si son iguales o inferiores a las psicoterapias anteriores (Elkin *et al*, 1989; Pava, Fava y Levenson, 1994; Shapiro, Barkham, Rees, Hardy, Reynolds y Startup, 1994; Stravynski, Verreault, Gaudette, Langlois, Gagnier y Larose, 1994; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995; Jacobson y Hollon, 1996; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Pérez y García, 2003; Miranda, Green, Krupnick, Chung, Siddique, Belin y Revicki, 2006).

Por otra parte, los elementos terapéuticos específicos de los tratamientos es una cuestión aún definitivamente no resuelta. En general, se señala que las variables a las

que específicamente irían encaminados no parecen cambiar más que otras a las que inicialmente no van dirigidos; se diría que los tratamientos eficaces provocan efectos globales, en todas las variables. Esto señala el interés de los estudios acerca del valor predictivo respecto a la eficacia terapéutica de variables del sujeto, del contexto y/o de los tratamientos (Hollon, Jarrett, Nierenberg, Thase, Trivedi y Rush, 2005). Especialmente, cuando en la mayoría de los estudios suelen equipararse los factores de riesgo en la aparición de los problemas con los factores que influyen en la respuesta al tratamiento (Mulder, Joyce, Frampton, Luty y Sullivan, 2006).

El objetivo de este estudio es analizar las variables predictoras de los resultados de tres tratamientos experimentales aplicados en grupo: (a) terapia cognitivo-conductual (PCC); (b) potenciación de los propios recursos personales de los pacientes (PRP); y (c) apoyo social (AS) (González, Fernández, Pérez y Amigo, 2006). Existe un cuarto grupo control de lista de espera (LE).

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 60 usuarios de tres centros de atención primaria del Principado de Asturias. Los criterios de inclusión fueron: (a) edad entre 25 y 55 años; (b) presencia de síntomas del espectro depresivo en grado moderado e inusual para la persona; (c) motivación para el cambio expresada por el sujeto y consentimiento informado (ante el médico de familia y ante el psicólogo). Como criterios de exclusión se emplearon estar sometido a algún tratamiento especializado de salud mental o presentar criterios para su derivación inmediata al Centro de Salud Mental, cumplir todos los criterios de un diagnóstico depresivo del DSM-IV, y presentar una alteración significativa en el funcionamiento sociolaboral.

Los participantes fueron primero preseleccionados por el médico de atención primaria en sus consultas ordinarias durante tres meses, y luego seleccionados por un psicólogo clínico en entrevistas individuales semiestructuradas en el mismo centro. Así, de las 80 personas que los médicos preseleccionaron según los criterios expuestos más arriba, tras las entrevistas con el psicólogo en las que se volvía a examinar el cumplimiento de los mismos criterios, finalmente quedaron seleccionadas 60. Después este mismo psicólogo procedió a realizar con ellas la evaluación pretest y la asignación aleatoria a los cuatro grupos de tratamiento, quedando 15 sujetos en cada grupo. La muestra estuvo compuesta en un 82% de los sujetos por mujeres, con una media de edad de 39 años, con un nivel socioeconómico medio en el 70% de los casos, con una duración media del problema depresivo de 12 meses de antigüedad y en un 63% de los casos sin antecedentes depresivos.

Los profesionales que intervinieron en el estudio fueron: (a) los médicos de familia que preseleccionaron la muestra; (b) el psicólogo clínico, que realizó las evaluaciones y fue terapeuta del grupo de psicoterapia cognitivo-conductual y del grupo de potenciación de recursos personales; (c) un psicólogo con experiencia en dinamización de grupos de autoayuda, que fue terapeuta del grupo de apoyo social.

### *Instrumentos*

En las evaluaciones pretest, postest y de seguimiento a los 6 y a los 12 meses, se aplicaron los siguientes instrumentos al total de la muestra:

- *Protocolo de entrevista elaborado ad hoc*. En este protocolo se incluyó la Escala de Ajuste Social (SRRS) de Holmes y Rahe (1967).
- *Inventario de Depresión de Beck* (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), en su última versión española (Vázquez y Sanz, 1999). El BDI alcanza una fiabilidad test-retest de 0.70, una fiabilidad dos mitades de 0.93 y una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.87; su validez concurrente con las escalas de Hamilton y Zung o con los juicios de expertos oscila entre 0.50 y 0.80 (Bulbena, Berrios y de Larrinoa, 2000).
- *Cuestionario de Calidad de Vida* (CCV, Ruiz y Baca, 1993). Los autores de este cuestionario relatan una fiabilidad test-retest cercana a 0.97, una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.94 y una validez concurrente con las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton cercana a 0.74.
- *Inventario de la Tríada Cognitiva* (ITC, Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986), en su adaptación española (Bas y Andrés, 1994). Los autores de este cuestionario hallaron una consistencia interna de alfa de 0.95, una moderada validez discriminante (0.13) y una validez concurrente de 0.67 respecto a otros autoinformes de autoestima y desesperanza, incluido el BDI.
- *Escala de Expresión Social-Parte Motora* (EES, Caballo, 1993). El autor encontró para este test una fiabilidad test-retest de 0.92, una consistencia interna similar y una validez concurrente de 0.87 respecto a una Escala de Autoexpresión de Galassi (Gay, Hollandsworth y Galassi, 1975).
- *Autorregistro de actividades y estado de ánimo* (AAE) durante 7 días, elaborado *ad hoc*.

Además, en los grupos experimentales se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Un *protocolo de intervención* por grupo.
- *Autorregistros* de actividades, pensamientos y problemas para sesiones del grupo PCC.
- *Lista de Actividades Agradables* de Lewinsohn y *listado de recursos comunitarios* elaborado *ad hoc* para la segunda sesión del grupo PCC.

### *Procedimiento*

Realizada la preselección de la muestra por los médicos de familia, conforme a los criterios establecidos, un psicólogo clínico realizó la selección de los sujetos. La evaluación pretest consistió en una entrevista y en la administración de los tests BDI, CCV, ITC y EES, así como del AAE.

La muestra final se compuso de 60 sujetos que se asignaron aleatoriamente a cada una de las condiciones del estudio. Los tres grupos experimentales se desarrollaron en seis sesiones semanales de una hora de duración en los mismos centros de atención primaria a los que pertenecían los sujetos. Cada grupo experimental fue específico en relación con los procedimientos y técnicas empleados, no obstante, en todos los grupos se abordaron los mismos objetivos en cada una de las sesiones:

- Sesión 1: la ocupación y la distribución del tiempo.
- Sesión 2: los pensamientos negativos.
- Sesión 3: los problemas de tipo decisional.
- Sesión 4: los problemas relacionados con la comunicación interpersonal.
- Sesión 5: los problemas familiares.
- Sesión 6: los problemas de pareja.

El grupo de psicoterapia cognitivo-conductual (PCC) se desarrolló conforme al formato y la aplicación de las técnicas propias de la terapia cognitiva para la depresión de Beck (1983).

En el grupo de potenciación de recursos personales (PRP), se persiguió el objetivo de fomentar y generalizar los propios recursos del sujeto para el afrontamiento de cada una de las condiciones abordadas. En cada sesión y en relación al tema tratado, el terapeuta solicitaba a cada participante información sobre cómo actuaba, en qué momento y qué utilidad le reportaba su conducta. Se atendía selectivamente las descripciones que el sujeto refería de interacciones funcionales, al tiempo que se ignoraban todas las referencias de comportamientos disfuncionales o de inhibición. En ningún caso se instruyó o se modeló conducta alguna de forma explícita por el terapeuta, aunque no pueden ignorarse los potenciales efectos de modelado y autorregulación verbal producidos en las sesiones.

En el grupo de apoyo social (AS) el terapeuta dirigía los debates sobre esos mismos problemas, sin atender selectivamente a las formas de afrontamiento manifestadas, promoviendo meramente el intercambio de experiencias entre los participantes.

Para una mejor comprensión de las técnicas empleadas en cada grupo de tratamiento, se incluye en la tabla 1 una breve descripción de los contenidos de las sesiones de cada uno de ellos. En todos los grupos experimentales los terapeutas medían variables referidas a asistencia y cumplimiento de objetivos durante las sesiones.

Concluida la intervención, el psicólogo clínico realizó a toda la muestra la evaluación postest, la cual consistió en una entrevista individual en el centro de salud y en la administración de los tests BDI, CCV, ITC y EES, así como del AAE. De los 60 sujetos que habían conformado la muestra inicial, 58 cumplimentaron el postest.

Finalmente, el psicólogo clínico realizó dos evaluaciones de seguimiento con todos los sujetos, una a los 6 meses y otra a los 12 meses después de finalizar los grupos experimentales. Los seguimientos consistieron en una entrevista individual y en la administración de los mismos instrumentos que en el postest. De los 58 sujetos que cumplimentaron el postest, 46 acudieron al primer seguimiento y, de éstos, 29 acudieron al segundo seguimiento. En el primer seguimiento se ofreció a los sujetos control de la lista de espera (LE) la participación en una psicoterapia en el Centro de Salud idéntica a la del grupo PCC.

### *Variables*

Se consideraron las siguientes variables de control (VCO), y se analizó su capacidad predictiva en relación a los resultados obtenidos: (a) las puntuaciones pretest

Tabla 1. Resumen del contenido de las sesiones de los grupos experimentales.

Sesión	PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (I)	POTENCIACIÓN DE RECURSOS (II)	GRUPO DE APOYO SOCIAL (III)
1	Bienvenida, presentaciones, explicación de las normas, expectativas, información sobre la depresión y los tratamientos, explicación del desarrollo de cada sesión, tareas para casa ( grupo I: aut registros, grupo II: observación informal), preguntas, despedida.		
2	Repaso, programación de actividades reforzantes, uso de recursos comunitarios, asignación de tareas para casa (autorregistros).	Repaso, atención selectiva a habilidades para afrontar la planificación de actividades y la utilización del tiempo, tareas para casa (observación y generalización).	Repaso, comentarios sobre acontecimientos de la semana, de bate sobre la planificación de actividades y la utilización del tiempo.
3	Repaso, discriminación entre sentimientos y cogniciones, entrenamiento en modificación cognitiva, tareas para casa (autorregistros).	Repaso, discriminación entre sentimientos y cogniciones, atención selectiva a habilidades para afrontar los pensamientos negativos, tareas para casa (observación y generalización).	Repaso, comentarios sobre acontecimientos de la semana, de bate sobre pensamientos positivos y pensamientos negativos.
4	Repaso, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas, tareas para casa (autorregistros).	Repaso, atención selectiva a habilidades para resolver problemas decisionales e interpersonales, tareas para casa (observación y generalización).	Repaso, comentarios sobre acontecimientos de la semana, de bate sobre cómo resolver problemas decisionales e interpersonales.
5	Repaso, aplicación de lo anterior a problemas familiares y de pareja, tareas para casa (autorregistros).	Repaso, atención selectiva a habilidades para resolver problemas familiares y de pareja, tareas para casa (observación y generalización).	Repaso, comentarios sobre acontecimientos de la semana, de bate sobre cómo resolver problemas familiares y de pareja.
6	Repaso global, generalización, prevención de recaídas, despedida.	Repaso global, atención selectiva a habilidades para afrontar el mantenimiento y extensión de los logros y la prevención de recaídas, despedida.	Repaso global, comentarios sobre acontecimientos de la semana, de bate sobre cómo lograr mantener y extender logros y prevenir recaídas, opinión del taller, despedida.

en los cuatro autoinformes estandarizados (BDI, CCV, ITC y EES), así como las puntuaciones pretest en el AAE; (b) adecuación social y motivación para el cambio, valoradas por el psicólogo en la entrevista pretest; (c) eventos vitales referidos por el sujeto y puntuados en la SRRS en cada una de las cuatro evaluaciones; (d) características sociodemográficas, salud física y apoyo social percibido; (e) síntomas depresivos y no depresivos; y (f) antecedentes de psicopatología, antecedentes de tratamientos de salud mental y antigüedad del problema por el que se es derivado al estudio. Los tres últimos tipos de variable eran referidos por el sujeto en la entrevista pretest.

Se tomó como variable independiente (VI) el tipo de tratamiento al que fue asignado el sujeto: PCC, PRP o AS (grupos experimentales) y LE (grupo control).

Para valorar la eficacia de los tratamientos, se seleccionaron las siguientes variables criterio (VCR): (a) puntuaciones en los tests BDI, ITC y EES y sus subescalas, administrados en las tres evaluaciones post; (b) media del estado de ánimo puntuado en el AAE, administrado en las tres evaluaciones post; (c) incremento en las actividades consignadas en el AAE respecto a la evaluación anterior; (d) síntomas depresivos, ocupación laboral y consumo de psicofármacos, referidos por el sujeto en las entrevistas de las tres evaluaciones post; (e) grado de participación en las sesiones experimentales, abandonos y cumplimiento inmediato y mantenido de los objetivos del tratamiento, observados por los terapeutas; (f) tipo, grado y número de estrategias aprendidas y practicadas a los 6 meses de finalizado el tratamiento experimental, referido por el sujeto en la entrevista del primer seguimiento.

Para valorar la efectividad de los tratamientos se seleccionaron las siguientes variables criterio (VCR): (a) puntuación en el test CCV y sus subescalas, administrado en las tres evaluaciones post; (b) síntomas psicopatológicos no depresivos, referidos por el sujeto en las entrevistas de las tres evaluaciones post; (c) utilidad y satisfacción percibidas de los tratamientos, referidos por el sujeto en la entrevista del primer seguimiento.

Por último, para la eficiencia, la VCR seleccionada fue la asistencia a recursos de salud mental (psicólogos o psiquiatras públicos o privados, otras terapias,...) en el postest y los seguimientos, referida por el sujeto en las entrevistas.

### *Diseño y análisis de datos*

Para analizar la capacidad predictiva de las variables de control sobre los efectos de los tratamientos se realizaron los siguientes análisis (usándose  $p < 0.01$ ,  $.05$  o  $.10$ , según los casos):

- Correlaciones Pearson entre las variables de control cuantitativas paramétricas, y las diferencias entre el BDI del pretest y el BDI del primer seguimiento.
- Correlaciones Rho de Spearman entre las variables de control cuantitativas no paramétricas y ordinales, y las diferencias entre el BDI del pretest y el BDI del primer seguimiento.
- Correlaciones Chi cuadrado entre las variables de control nominales, y las diferencias entre el BDI del pretest y el BDI del primer seguimiento. Estas diferencias fueron categorizadas a nivel nominal, tal que se consideró que existía diferencia si ésta

igualaba o superaba una desviación típica, y que no existía si no llegaba al valor de dicha desviación típica.

- Correlaciones Pearson entre las variables de control y las variables criterio cuantitativas paramétricas.
- Análisis de covarianza (ANCOVA), tomando el BDI del primer seguimiento como variable dependiente, el BDI del pretest como covariable y el tratamiento como variable independiente.
- Análisis de regresión múltiple, tomando como criterio el BDI del primer seguimiento y como predictoras el BDI, el CCV y el ITC del pretest.
- Correlaciones Rho de Spearman entre las variables de control y las variables criterio cuantitativas no paramétricas y ordinales, junto con algunas de las cuantitativas paramétricas.
- Correlaciones Chi cuadrado entre las variables de control y las variables criterio nominales, junto con algunas de las cuantitativas y las ordinales.
- Análisis de regresión logística, tomando como criterio la diferencia entre el BDI del pretest y el del primer seguimiento (a nivel nominal), y como predictoras el BDI del pretest, el apoyo social, la adecuación social, los antecedentes psicopatológicos, la antigüedad del problema y el tratamiento.

## RESULTADOS

Las variables de control cuya correlación con la diferencia entre el BDI del pretest y el BDI del primer seguimiento resultó significativa (según los cálculos de la  $r$  de Pearson, la Rho de Spearman y la Chi cuadrado) aparecen en la tabla 2, junto a su nivel de significación estadística. Esa diferencia entre BDI era una variable criterio, indicadora del grado de eficacia de los tratamientos.

A la luz de las correlaciones de Pearson encontradas entre las variables criterio y control cuantitativas paramétricas se procedió a un análisis de covarianza (ANCOVA). En este análisis se tomó el BDI del primer seguimiento como variable dependiente (criterio de eficacia), el BDI del pretest como covariable y el tipo de tratamiento como variable independiente, con el objetivo de verificar que el efecto de los tratamientos era significativo sobre el Beck del primer seguimiento independientemente del nivel inicial

Tabla 2. Correlaciones entre variables de control y diferencia BDI pretest–BDI primer seguimiento.

Variables de control	Correlación con diferencia BDI pretest-BDI 1 <sup>er</sup> seguimiento	$p$
Nivel socioeconómico	Rho= 0.27	0.06
Apoyo social percibido	Rho= 0.32	0.03
Antecedentes de depresión	Rho= 0.34	0.01
Antigüedad del problema actual	Rho= -0.21	0.14
Antecedentes de tratamientos para depresión	Rho= 0.41	0.00
Ocupación laboral en pretest	Chi cuadrado	0.02
Adecuación social	Chi cuadrado	0.00
Sentimientos de tristeza en el pretest	Chi cuadrado	0.01



Tabla 3. ANCOVA tomando como variable dependiente el BDI del 1<sup>er</sup> seguimiento, variable independiente el tipo de tratamiento y covariable el BDI del pretest.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	p
Modelo corregido	4310,283	4	1077,571	8,645	,000
Intersección	49,316	1	49,316	,396	,533
BDI pretest	1877,908	1	1877,908	15,065	,000
Tratamiento	1362,234	3	454,078	3,643	,020
Error	5110,674	41	124,651		
Total	19238,000	46			
Total corregida	9420,957	45			

R2= ,458 (R2 corregida= ,405)

mostrado por los sujetos en el pretest en esa misma escala. La tabla 3 muestra el ANCOVA arrojado por el SPSS. Puede apreciarse que el tratamiento sigue provocando efectos significativos ( $p= 0.020$ ) en el Beck del seguimiento aún después de controlar el efecto del BDI del pretest sobre el BDI del seguimiento.

El segundo análisis realizado a la luz de las correlaciones halladas entre las distintas variables cuantitativas paramétricas fue una regresión múltiple tomando como criterio (de eficacia) la puntuación en el BDI del primer seguimiento, y como variables predictoras las puntuaciones en el BDI, el CCV y el ITC del pretest. El  $n$  de sujetos fue de 46. El objetivo de esta regresión era saber en qué medida podría predecirse la variabilidad de los sujetos en el Beck del primer seguimiento a partir de su puntuación inicial en esas tres subescalas. El requisito de linealidad en las relaciones entre cada una de las predictoras y el criterio se cumplía. También la distribución de todas esas variables era normal. Igualmente se cumplía el requisito de que no hubiera multicolinealidad entre las predictoras, pues aunque sí era significativo Pearson entre ellas, su valor oscilaba entre 0.565 y -0.496, lo que dista mucho de la correlación lineal perfecta; no obstante se introdujo en la regresión un procedimiento de selección de predictoras. Se comprobó igualmente la homocedasticidad multivariable con la prueba de Box ( $p > 0.05$ ). Para terminar con los requisitos, obviamente en la muestra había más de 10 sujetos por cada variable predictor. Con todo esto, se procedió a hacer la regresión múltiple con el método de selección de pasos sucesivos. Se obtuvo que la recta de regresión sólo se hacía con el BDI del pretest, el cual explicaba el 31.3% de la varianza del Beck del seguimiento ( $p= 0.00$ ), quedando la siguiente ecuación de regresión:  $BDI\ 1er\ SEGUIMIENTO = -6.998 + 0.890 \times BDI\ PRETEST$

A partir del estudio de las correlaciones entre las distintas variables criterio y de control paramétricas, no paramétricas, ordinales y nominales, y con el objetivo de establecer de qué modo las variables más importantes para los resultados influyeron en los mismos, se decidió hacer un análisis de regresión logística. En este análisis se tomó como variable criterio (de eficacia) la existencia de al menos una desviación típica de diferencia entre el Beck del pretest y el del primer seguimiento (BDI1-BDI3), y como posibles variables predictoras aquéllas que más correlación habían mostrado o se les suponía con los distintos índices de resultados: el Beck del pretest (BDI1), el apoyo social (APO), la adecuación social (ADE), los antecedentes de depresión (PSD), los

antecedentes de tratamientos de salud mental para problemas no depresivos (ANT), la antigüedad del problema depresivo diana (MES) y el tratamiento al que fue asignado el sujeto (TTO(1) o cognitivo-conductual, TTO(2) o de potenciación de recursos personales y TTO(3) o de apoyo social).

En primer lugar no se adoptó ningún método de selección de variables, con lo que la ecuación de regresión de las variables predictoras sobre la probabilidad del sujeto de superar una desviación típica de mejoría en el Beck en el primer seguimiento quedó como sigue:

$$p(\text{BDI1-BDI3} = 1) = e^{-15.27 + 1.10\text{TTO}(1) + 2.16\text{TTO}(2) + 0.15\text{TTO}(3) + 1.07\text{APO} + 0.91\text{PSD} - 0.22\text{ANT} - 0.15\text{MES} + 7.91\text{ADE} + 0.12\text{BDI1}} / 1 + e^{-15.27 + 1.10\text{TTO}(1) + 2.16\text{TTO}(2) + 0.15\text{TTO}(3) + 1.07\text{APO} + 0.91\text{PSD} - 0.22\text{ANT} - 0.15\text{MES} + 7.91\text{ADE} + 0.12\text{BDI1}}$$

Con esta ecuación podría predecirse el 78.3% de la probabilidad de obtener una u otra respuesta en la diferencia de los BDI; los pesos mayores son otorgados a ADE, seguida por orden decreciente de TTO(2), TTO(1), APO, PSD, ANT, MES, TTO(3) y por fin BDI1. El signo de los coeficientes indica que predice mejores resultados pertenecer a alguno de esos tratamientos que no hacerlo (aunque apenas se incrementa la probabilidad en el grupo 3), tener buen apoyo y adecuación sociales, no tener antecedentes depresivos, o que éstos sean cortos y reactivos, y llevar poco tiempo con el problema; resulta ligeramente positivo tener ciertos antecedentes de tratamiento para trastornos psicopatológicos no depresivos y más puntuación en BDI1. Sin embargo, sólo PSD, MES y ADE tenían significación estadística con  $p < 0.10$  antes de entrar en la ecuación, y una vez dentro sólo la tienen PSD, MES y BDI1.

Por esto, se decidió volver a hacer una regresión logística pero introduciendo esta vez el método de selección de variables "adelante condicional", con lo que la ecuación de regresión se quedó únicamente con ADE y con PSD como variables predictoras del criterio con  $p < 0.05$  tanto antes como después de entrar en la fórmula. Por lo tanto, es lógico señalar que éstas fueron las variables que predecían los resultados con mayor validez. La ecuación de regresión quedó así:

$$p(\text{BDI1-BDI3} = 1) = e^{-12.42 + 0.73\text{ PSD} + 9.36\text{ ADE}} / 1 + e^{-12.42 + 0.73\text{ PSD} + 9.36\text{ ADE}}$$

Con esta ecuación se predecía un 73.9% de los resultados en el criterio. ADE es tanto la que primero entró en la ecuación como la que ostenta un mayor peso, por lo que debe ser considerada el principal predictor; el signo de los pesos indica que pronostica mejores resultados tanto una buena adecuación social como antecedentes de depresión de menor gravedad, duración y reactividad.

A modo de resumen, el estudio de la capacidad predictiva de las variables de control sobre los resultados de los tres programas de tratamiento arrojó los siguientes datos. Las variables extrañas cuyo valor para predecir la eficacia, efectividad o eficiencia no fue significativo fueron las siguientes:

- Datos sociodemográficos "objetivos" del sujeto: edad, estado civil, nivel de estudios,

número de personas con las que convive, estado de salud física, médico y centro de atención primaria al que pertenece, presencia, tipo y magnitud de eventos vitales dolorosos e identificación de desencadenantes del estado de ánimo bajo por el propio sujeto.

- Estado psicopatológico en el pretest: presencia de distintos síntomas depresivos (si bien los problemas mixtos, de tipo ansioso-depresivo, tenían mejor pronóstico que los exclusivamente depresivos), consumo de psicofármacos, escalas de depresión, calidad de vida, cogniciones negativas y habilidades sociales, puntuaciones en autorregistros y motivación para el cambio.
- Antecedentes de tratamientos de salud mental: tratamientos para problemas no depresivos y tratamientos administrados para el problema actual.

Por el contrario, las variables extrañas cuyo valor para predecir la eficacia de los tratamientos fue significativo fueron las siguientes:

- Nivel socioeconómico: a mayor nivel socioeconómico, mejores resultados.
- Apoyo social: a mayor apoyo social percibido, mejores resultados.
- Ocupación laboral en el pretest: los sujetos que estaban de baja en el pretest mejoraron más que el resto.
- Adecuación social: ésta fue la variable de mayor peso predictivo en el análisis de regresión logística; no pareció tan importante tener apoyo social para lograr buenos índices de mejoría, sino habilidades sociales y una actitud positiva hacia la consecución del apoyo social.
- Antecedentes de psicopatología: predecía peores resultados tener antecedentes de depresión más numerosos, duraderos y no reactivos, de forma que ésta fue la variable de mayor peso predictivo después de la adecuación social en el análisis de regresión logística. Igualmente, predecían peores resultados la duración del problema actual (a mayor duración, peores resultados), los antecedentes de tratamientos para problemas depresivos (peores resultados cuanto más numerosos, más duraderos, más farmacológicos y menos restringidos al Centro de Salud) y los antecedentes de problemas psicopatológicos no depresivos.

## DISCUSIÓN

Las variables que mejor predicen los resultados en esta investigación son, por orden de mayor a menor peso: adecuación social del sujeto (valorada por el psicólogo) y antecedentes de depresión, además del tipo de tratamiento recibido en el estudio (González, Fernández, Pérez y Amigo, 2006). Otras variables predictoras serían los antecedentes de otros problemas psicopatológicos y de tratamientos de salud mental, la antigüedad del problema depresivo que se trata en la investigación y el apoyo social percibido. Así, las personas para las que resultan más eficaces estos tratamientos, especialmente el cognitivo-conductual y el de potenciación de recursos personales, serían aquéllas cuyo trastorno no se arrastra desde hace mucho tiempo, que parecen poseer una buena adecuación social, que cuentan con un buen apoyo social y que no tienen antecedentes ni de depresión, ni de otros problemas psicopatológicos, ni de tratamientos anteriores de salud mental. Es de destacar que no se han logrado establecer relacio-

nes significativas entre ninguna de las variables de control y las variables criterio de efectividad y eficiencia, probablemente por la menor potencia estadística de éstas frente a las variables criterio de eficacia.

Los estudios previos analizados en la literatura especializada señalaban diversos factores de riesgo para desarrollar una depresión, de entre los cuales el más consistente y que podría explicar los otros sería el déficit en el apoyo social percibido y en las habilidades de afrontamiento de índole interpersonal. Este déficit funcionaría como indicador de vulnerabilidad, sobre el cual influirían factores desencadenantes tales como los eventos vitales negativos. Así se podría explicar también la asociación de trastornos del estado de ánimo con un nivel socioeconómico bajo, sociedades individualistas, sexo femenino, antecedentes familiares, edad, entornos urbanos, estado civil, etcétera, bien aludiendo a su relación con el apoyo social, bien aludiendo a su carácter de eventos vitales negativos.

Esta hipótesis sobre los factores de riesgo concordaría con lo hallado en los resultados, si tenemos en cuenta que, en nuestro estudio, lo que se asoció con una buena evolución a lo largo del tratamiento, también estuvo asociado a la aparición de las manifestaciones depresivas. El apoyo social percibido fue una de las principales variables predictoras del estado psicológico en los seguimientos, y también la adecuación social del sujeto evaluada por el terapeuta, cuyo criterio no era otro que las habilidades de afrontamiento interpersonal referidas por el sujeto.

Otro de los principales predictores de la respuesta al tratamiento de este estudio fue la existencia de antecedentes de problemas y tratamientos psicológicos: cuanto más antiguo fuera el problema, y más antecedentes de trastornos y tratamientos de salud mental tuviera la persona, peor era su pronóstico. Esto llevaría a plantear que los programas preventivos tan puntuales como éste sólo tendrían eficacia en problemas incipientes, poco instaurados, y en usuarios con escasos o nulos contactos previos con servicios especializados de salud mental.

A modo de conclusión, la aparición de problemas depresivos parecería relacionarse negativamente con el apoyo social del que dispone la persona y las habilidades de afrontamiento de índole interpersonal incluidas en su repertorio de conducta. Especialmente cuando concurren eventos vitales negativos, en particular, de naturaleza interpersonal. Lo que sugeriría que estas condiciones podrían actuar como factores de vulnerabilidad; y, en consecuencia, podrían justificar intervenciones preventivas y/o terapéuticas en este sentido. Se explicaría así también la utilidad de actuaciones terapéuticas encaminadas a facilitar la exposición del sujeto a interacciones sociales en las que ocurriese la oportunidad de consolidar pautas de relación funcionales, bien, de manera específica y programada como en el caso del grupo de terapia cognitiva de conducta, o bien, a través de la autorregulación verbal en el caso del grupo de potenciación de recursos. Alternativamente, cuanto más antiguo sea el problema depresivo y más antecedentes de salud mental se tengan, mayor probabilidad habría de agravamiento y recaídas y peor sería la respuesta al tratamiento. Lo que, entre otras cosas, debe ponerse en relación con la consolidación de la inhibición y/o ineficacia en las interacciones en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el sujeto.

Para terminar, el estudio aquí descrito cuenta con algunas limitaciones que ani-

man a continuar la investigación la misma línea. Así, parece necesario incrementar el tamaño de la muestra; realizar seguimientos más allá de los 2 años de evolución y diseñar e incorporar nuevos instrumentos de medida que mejoren la validez y fiabilidad de algunas variables que, como se ha ido señalando a lo largo del estudio, se encontraron más dificultades para contrastar los datos recogidos.

## REFERENCIAS

- Ayuso Mateos JL, Vázquez Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G y Wilkinson G (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Bas RF y Andrés NV (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF y Emery G (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beckham EE, Leber WR, Watkins JT, Boyer JL y Cook JB (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4, 566-567.
- Belloch A, Sandín R y Ramos F (1995). *Manual de psicopatología. Volumen 2*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bernardo M (2000). Epidemiología. En J Vallejo y C Gastó (eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Bulbena VA, Berrios GE y de Larrinoa PPF (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Caballo VE (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Coon DW y Thompson LW (2003). The relationship between homework compliance and treatment outcomes among older adult outpatients with mild-to-moderate depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 53-61.
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SS, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ y Parloff MB (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Emslie GJ, Mayes TL, Laptook RS y Batt M (2003). Predictors of response to treatment in children and adolescents with mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 435-456.
- Gay ML, Hollandsworth JG y Galassi JP (1975). An Assertive Inventory for Adults. *Journal of counseling psychology*, 22, 340-344.
- González GS, Fernández RC, Pérez RJ y Amigo VI (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, 18, 3, 471-77.
- Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M y Rush AJ (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: Which monotherapy or combined treatment? *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 455-468.
- Holmes TH y Rahe RH (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Jacobson NS y Hollon SD (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 74-80.
- Kaplan HI y Sadock BJ (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Kessler RC (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Labrador FJ, Echeburúa E y Becoña E (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Merrill KA, Tolbert VE y Wade WA (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: a benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 404-409.
- Miranda J, Green BL, Krupnick JL, Chung J, Siddique J, Belin T y Revicki D (2006). One-year outcomes of a randomized clinical trial treating depression in low-income minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 99-111.
- Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM, Luty SE y Sullivan PF (2006). Six months of treatment for depression: Outcome and predictors of the course of illness. *American Journal of Psychiatry*, 163, 95-100.
- Pava JA, Fava M y Levenson JA (1994). Integrating cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment and prophylaxis of depression: A novel approach. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 211-219.
- Pérez M y García JM (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M Pérez, JR Fernández, C Fernández e I Amigo (coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.
- Ruiz MA y Baca E (1993). Design and validation of the Quality of Life Questionnaire ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV): A generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S y Startup M (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral, psychodynamic-interpersonal and psychodynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.
- Stravynski A, Verreault R, Gaudette G, Langlois R, Gagnier S y Larose M (1994). The treatment of depression with group behavioural-cognitive therapy and imipramine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 387-390.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- Tsai JL y Chentsova-Dutton Y (2002). Understanding depression across cultures. En IH Gotlib y CL Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 467-491). New York: The Guilford Press.
- Vázquez C y Sanz J (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.

Recibido, 7 junio 2006  
Aceptado, 7 febrero 2007