



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MOTIVOS DE ABANDONO DEL
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ANDRÉS JAIMES IBARRA

DIRECTOR DE TESIS:
DOCTOR SAMUEL JURADO CARDENAS

REVISOR:
MTRA. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA

SINODALES:
LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
DR. ARIEL VITE SIERRA

CIUDAD UNIVERSITARIA

NOVIEMBRE, 2005

m351572



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Andrés Luján Ibarra

FECHA: 16/11/2008

FIRMA: [Firma manuscrita]

Agradecimientos

La raíz de todas las pasiones es el amor; de él nace
la tristeza, el gozo, la alegría y la desesperación.

LEIBNITZ

En primer lugar quiero expresar mi gratitud a la institución que durante mucho tiempo ha sido mi segunda casa y que ahora me permite alcanzar una formación profesional, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Máxima Casa de Estudios. A ella le agradezco por cada una de las oportunidades que me ha proporcionado, por todos los conocimientos y habilidades que he adquirido en ella, así como por las experiencias que en este lugar he vivido.

Quiero agradecerle al Dr. Samuel Jurado por instruirme, guiarme, alentarme, impulsarme, por su paciencia y por todo el apoyo que me brindó el cual que ha sido indispensable en el desarrollo y la culminación de este proyecto de investigación.

A la Lic. Alma Mireia que junto con el Dr. Jurado me dirigió, me alentó, y que siempre estuvo pendiente del trabajo que yo realizaba y porque cuando la necesite me dio su ayuda.

A la Lic. Rebeca Sánchez por asistirme de manera tan excepcional en mi formación como psicólogo, por compartir siempre sus conocimientos y por apoyarme cuando lo necesite. Ni siquiera me gustaría pensar en lo que

hubiera sido de mí o en lo podría haber convertido si me hubieran aceptado en el cubículo de a lado, hasta escalofríos me dan.

Al Mtro. Raúl Alcázar por la participación que tuvo en el desarrollo de este proyecto y que fue muy importante sobre todo en sus etapas iniciales.

A mi madre una mujer incansable a quien siempre admirare quiero agradecerle por el apoyo, la comprensión y el cariño que de ella he tenido en todo momento y de manera incondicional el cual hoy me permite concretar uno de los objetivos más importantes de mi vida. .

Al Mtro. Madrid y al Mtro. Licon que me apoyaron en momentos muy difíciles hasta en cosas que no le correspondía.

A mis hermanos Adrianita, Jacqueline, Julio y Javier por todos los momentos que hemos compartido y por ser algunas veces y sin saberlo conejillos de indias en mi comprobación personal de varios conocimientos de la psicología.

A todos los integrantes de la familia Ibarra, abuelos, tíos, primos y agregados culturales. Con ellos estoy agradecido por muchas razones pero sobre todo por haber estado presentes en los momentos más difíciles.

A Elisa por todo su amor, compañía, ternura, y por muchas otras cosas: ha sido una de las personas más importantes de mi vida.

A mi padre solo quiero agradecerle dos cosas que han sido muy significativas para mí; la primera, que se haya ido; y la segunda, que no se haya regresado.

A Paty por ser una estupenda amiga y por ser una excelente compañía desde hace mucho tiempo.

A todos y cada uno de los integrantes de Medicina Conductual, Claudia, Gabriela, Raquel, Osvaldo, Janette, Gustavo, Tere, Nancy, Leticia, Naara,

Betsabé, Edith, Adriana, Soledad, Belén, Ivette, Lourdes, Carmen, Elizabeth, Jonathan, Gina, Ariadna, Patricia, Alejandra, Angelina, Tere, Marlene, y Cesar; con quienes compartí y aprendí infinidad de cosas, incluso algunas que no debí haber aprendido.

Índice

	Página
Resumen _____	1
Introducción _____	3
Capítulo 1: Los trastornos mentales _____	7
1.1.1 Frecuencia de los trastornos mentales _____	8
1.1.2 Los trastornos mentales en México _____	9
Capítulo 2: El tratamiento psicológico _____	11
2.1.1 El paciente _____	11
2.1.2 El terapeuta _____	12
2.1.3 El proceso terapéutico _____	15
Capítulo 3: El abandono del tratamiento psicológico _____	19
3.1 Problemas asociados con el abandono _____	20
3.2 Frecuencia _____	22
3.2.1 Frecuencia del abandono en México _____	22
3.3 Variables asociadas _____	23
3.3.1 Variables del trastorno _____	24
3.3.2 Variables del paciente _____	25
3.3.3 Variables del terapeuta _____	30
3.3.4 Variables de la relación paciente-terapeuta _____	31
3.3.5 Variables del tratamiento _____	33
3.3.6 Otras variables _____	35

Método	39
Etapa I: Construcción del instrumento	41
A. Construcción y diseño	41
B. Validación	41
C. Piloteo	42
D. Elaboración de versión final	43
E. Descripción del instrumento	44
Etapa II: Investigación aplicada	47
Resultados	60
Análisis y discusión	83
Conclusiones	89
Referencias	93
Apéndice	101

RESUMEN

La presente investigación se realizó con la finalidad de identificar los principales motivos por los cuales los pacientes abandonan el tratamiento psicológico.

Para alcanzar tal objetivo se construyó un cuestionario integrado por 24 reactivos que mide 6 tipos de variables diferentes. El cuestionario se aplicó a 60 sujetos que solicitaron servicio en un centro de atención psicológica de consulta externa; la mitad de ellos abandonó el tratamiento de forma unilateral, antes de concluirlo, la otra mitad completó el tratamiento y fue dada de alta.

De acuerdo con el análisis realizado no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes con respecto a sus características sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, u ocupación.

Por otra parte, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes con respecto a cuatro variables: la insatisfacción con el terapeuta, la insatisfacción con el tratamiento, el desempeño inadecuado del paciente a lo largo del proceso terapéutico y la presencia de obstáculos que dificulten su continuidad en el tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Actualmente cuando una persona presenta algún trastorno mental tiene la posibilidad de que recurra a un tratamiento de carácter psicológico con la finalidad de resolverlo. Las investigaciones realizadas indican que, en general, las personas que recurren a este tipo de tratamientos resultan beneficiadas.

Un dato que refleja lo anterior lo proporciona un meta-análisis de más de 475 estudios que indica que la persona promedio que recibe atención psicológica funciona mejor que las personas que no lo reciben. Lo anterior concuerda con los resultados de una encuesta a gran escala que señala que la mayoría de las personas que recibió un tratamiento con un profesional de la salud mental obtuvo algún grado de mejoría (Phares, 1999).

No obstante el beneficio que puede obtener una persona al recibir un tratamiento psicológico; existen diversos factores que frecuentemente obstaculizan o impiden que los pacientes se beneficien de estos tratamientos.

Velásquez, Sánchez, Lara y Senties, (2000) señalan que algunos de los obstáculos en la entrega de servicios de salud mental son cuestiones de carácter práctico tales como los aspectos económicos y de cobertura de los servicios de salud mental entre los más importantes, los cuales pueden dificultar que el paciente reciba un tratamiento adecuado y en otros casos ni siquiera permiten que lo inicie.

Otro obstáculo importante, en la entrega de servicios de salud mental se presenta cuando el paciente después de iniciar un tratamiento psicológico deja de asistir a las sesiones sin haberlo concluido, es decir cuando el paciente abandona el tratamiento psicológico (Pekarik, 1983a).

Este es un tema que ha sido estudiado insistentemente debido a que se ha asociado a diversos problemas y a que se presenta frecuentemente. Por una parte el hecho de que un paciente abandone su tratamiento psicológico representa importantes desventajas que lo afectan principalmente a él: los pacientes que abandonan su tratamiento obtienen menores beneficios de la terapia y tienden a mostrar menor mejoría que aquellos pacientes que continúan con su tratamiento y lo completan (Pekarik, 1983a). Sin embargo también puede generar problemas en los terapeutas, ya que les puede generar desmoralización (Duehn y Proctor, 1977) y afectar la percepción que tienen de sí mismos. Además el hecho de que un paciente abandone su tratamiento, implica una pérdida de recursos importante para las instituciones que proporcionan este tipo de atención (Ries y Brown, 1999; Wierzbicki y Pekarik, 1993) debido a que no son utilizados de forma eficiente. Por otra parte la frecuencia con la que se presenta este problema es preocupante: de acuerdo con un metaanálisis de 125 estudios, aproximadamente el 50% de los pacientes que inician un tratamiento lo abandona antes de concluirlo (Wierzbicki y Pekarik, 1993).

Las investigaciones realizadas sobre el tema han relacionado diversas variables con el abandono del tratamiento psicológico, algunas de ellas pertenecen al paciente mismo, otras pueden estar relacionadas con el trastorno que presenta, con el terapeuta, el tratamiento y en otros casos pueden estar vinculadas con variables totalmente ajenas al problema.

Aunque las investigaciones realizadas en México sobre el tema del abandono de tratamiento psicológico han encontrado datos relevantes se considera importante desarrollar un instrumento que permita identificar los aspectos más relevantes que intervienen en este fenómeno, de manera que posteriormente se puedan implementar mecanismos o procedimientos que permitan reducirlo de manera substancial.

Con el fin de alcanzar este objetivo se diseñó y elaboró un instrumento que pudiera identificar las causas por las cuales los pacientes abandonaron o dejaron de asistir a su tratamiento psicológico.

Este instrumento está constituido por 24 reactivos y mide seis tipos diferentes de variables y se aplicó a pacientes que solicitaron servicio en un centro de atención psicológica de consulta externa, que atiende principalmente a estudiantes y personal de una institución educativa de nivel superior.

Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico

CAPITULO I

LOS TRASTORNOS MENTALES

La salud mental es un elemento indispensable para la integridad de cualquier individuo, al prescindir de ella difícilmente una persona puede aprovechar todo su potencial tanto cognitivo como afectivo. Por esta razón un trastorno mental es un problema que afecta de manera importante la vida de aquellas personas que las padecen. Esta situación es reflejada incluso en la definición de trastorno mental del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Asociación (1994):

“Un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este síndrome o patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica...” (p. XV)

Además de lo anterior un trastorno mental no solo tiene efectos en la persona que lo presenta sino que también tiene un impacto negativo sobre su familia y sobre su entorno social.

Como se puede observar los trastornos mentales generan problemas importantes en los individuos; sin embargo estos no son los únicos efectos que tienen este tipo de enfermedades pues a escala mundial, los trastornos mentales han sido asociados en repetidas ocasiones con problemas que resultan por demás preocupantes.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1999) la enfermedad mental representa una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Por otra parte, el número de suicidios que se presentan cada año en todo el mundo, aproximadamente un millón, han sido asociados con las enfermedades mentales. Y por último, las enfermedades mentales tienen un fuerte impacto socio-económico por el costo que implica su tratamiento y la pérdida de ingresos que implica la incapacidad para laborar de la persona que la padece.

Frecuencia de los trastornos mentales

A escala mundial, existe un alto porcentaje de personas que presentan algún trastorno mental, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, el 25% de la población es afectada por algún trastorno mental en algún momento de su vida (OMS, 2001). Por si es esto no fuera suficiente, el panorama mundial a futuro también es preocupante, ya que se estima que en el año 2020 los trastornos mentales serán la segunda causa de incapacidad pues se prevé un incremento en este tipo de enfermos como resultado de

múltiples y complejos factores sociales, biológicos y psicológicos, entre ellos el aumento en la esperanza de vida de las personas, problemas como la guerra, la pobreza y la violencia.

Frecuencia de los trastornos mentales en México

Los problemas psicológicos en el país representan una proporción significativa de la demanda de servicios de salud. Algunas investigaciones indican que este tipo de problemas (expresados como dificultades en la interacción con el ambiente o como cuadros de aspecto somático) representan la tercera causa de consulta de primera vez en los servicios públicos de salud en México (Gutiérrez-Ávila y Barilar-Romero, 1986).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México el 28% de la población presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. De acuerdo con esta encuesta los trastornos más frecuentes son las fobias específicas 7%, trastornos de conducta 6%, trastornos por abuso de sustancias 6% fobia social 5% y episodio depresivo mayor 3%, (Medina, Borges, Lara, Benjel, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguilar-Gaxiola, 2003).

De acuerdo con la misma fuente, es la población masculina la que presenta índices más altos de trastornos mentales: según los resultados encontrados el 30% de los hombres ha padecido al menos un trastorno en algún momento de

su vida, en comparación con las mujeres quienes los presentan en el 27% de los casos.

Los trastornos más frecuentes encontrados en la población femenina fueron las fobias (específicas y sociales) seguidas por el episodio depresivo mayor, mientras que en la masculina los más frecuentes fueron la dependencia al alcohol y los trastornos de conducta (Medina et. al. 2003).

Con respecto al tratamiento solamente uno de cada diez sujetos con un trastorno mental recibieron atención, solo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención y solo uno de cada diez con tres o más trastornos obtuvieron atención (Medina et. al. 2003).

CAPITULO II

EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Actualmente existen diversos tratamientos psicológicos que han sido desarrolladas con el propósito de resolver o tratar los trastornos mentales que presentan las personas. El número de alternativas a las cuales puede recurrir una persona que padece un trastorno mental es muy extenso. Solamente para tener una idea de la cantidad de tratamientos existentes en 1959 Harper contabilizo un total de 36 sistemas psicoterapéuticos, y en 1971 Lazarus hablaba de la existencia de mas de 85 (citado en Pérez, 1981).

Cada uno de estos sistemas o enfoques cuenta con su muy particular forma de conceptualizar y entender los trastornos mentales, así como su propia forma de diagnosticarlos y sus propias técnicas y procedimientos para tratarlos.

Sin embargo a pesar de todas estas diferencias todos ellos tienen algunas características en común. Una de las características que todos los tratamientos comparten son los componentes que participan en ellos: el paciente, el terapeuta y el proceso terapéutico.

El paciente

Aunque es muy difícil generalizar, y pese a que cada paciente se diferencia de otros por sus características sociodemográficas, el tipo de trastorno que presenta, sus características individuales y situación en la que se encuentra, la mayoría de los pacientes comparten los siguientes aspectos:

- Se trata de personas que se encuentran insatisfechas, o sienten que las personas que las rodean están insatisfechas con su comportamiento o con su manejo de las experiencias emocionales o interpersonales (Garfield, 1979; Pérez, 1988).
- En general, la insatisfacción o malestar que presenta le genera cierta motivación o necesidad de resolver su situación (Garfield, 1979).
- Además de esta insatisfacción se suma una imposibilidad (real o aparente) de que el individuo resuelva solo la dificultad (Pérez, 1988).
- En general, el paciente percibe el tratamiento como un recurso que le ayudara a resolver su situación (Pérez, 1988).

El terapeuta

Evidentemente, otro elemento esencial del tratamiento psicológico lo constituye el terapeuta. Las diferencias existentes entre los terapeutas también son incontables, sin embargo a continuación se presenta una descripción de las habilidades con las cuales, se ha considerado debe contar todo terapeuta (Buela-Casal y Sierra, 2001).

- El terapeuta debe contar con una amplia formación teórica en principios, técnicas y metodología de la psicología como ciencia. Una vaga formación teórica determinará una mala actuación como profesional, debido a que el desconocimiento no permitirá desarrollar la actividad con la calidad necesaria.

- Es importante que el terapeuta cuente con las habilidades necesarias para aplicar e integrar los conocimientos en la práctica clínica. No es suficiente tener la formación teórica, es necesario llevar a la práctica los conocimientos generales recibidos. El terapeuta debe saber cuales son los procedimientos y técnicas mas adecuadas para cada caso en particular y llevarlas a la práctica de manera adecuada.
- El terapeuta debe contar con las capacidades necesarias para realizar evaluaciones adecuadas ya que son fundamentales en el proceso terapéutico pues esto le permitirá obtener la información necesaria acerca del problema del paciente y esto a su vez le hará posible llegar a un diagnóstico lo más exhaustivo posible.
- Es preciso que el terapeuta posea con la habilidad necesaria para elaborar tratamientos efectivos acordes al problema que presente cada paciente. Además debe saber elegir el programa de tratamiento más adecuado y adaptarlo a cada caso en particular.
- El comportamiento del terapeuta debe ser comportamiento asertivo y profesional. Es importante que el terapeuta exprese de una manera clara y oportuna lo que quiere decir.
- El terapeuta debe contar con la capacidad necesaria para motivar al paciente. Esta es una habilidad fundamental en el proceso terapéutico,

pues esto facilitará el compromiso y seguimiento del paciente de la terapia.

- El terapeuta debe ser consciente de sus estados y respuestas emocionales y debe ser capaz de controlarlas durante el proceso terapéutico de forma que no influyan en el de manera negativa.

Garfield (1979) realizó también una descripción de las características que debe tener un terapeuta, aquí se menciona únicamente aquellas que no están presentes en el listado anterior:

- Es importante que el terapeuta posea la capacidad suficiente para empatizar con el paciente y con sus dificultades. Es necesario que el paciente se sienta comprendido por parte de su terapeuta sobre todo al inicio del tratamiento para que se pueda dar el desarrollo adecuado del proceso terapéutico.
- Es necesario que el terapeuta sea sensible a todos los aspectos de la comunicación interpersonal del paciente no solamente a la comunicación verbal. El terapeuta debe poseer la habilidad para detectar la información que el paciente proporciona de manera no verbal para tener una comprensión apropiada de la situación del paciente pues de no ser así podrían pasar desapercibida información importante para el curso adecuado del tratamiento.

- El terapeuta debe poseer la capacidad para aceptar lo que el paciente le dice sin pretender realizar evaluaciones morales. El terapeuta no debe juzgar al paciente sino comprenderlo y ayudarlo a resolver sus problemas.
- Sin importar cuales sean las convicciones y preferencias teóricas del terapeuta, deberá procurar proporcionar al paciente el escenario en el que pueda resolver sus problemas, superar sus dificultades y aumentar su grado de adaptación.
- El terapeuta es, o debe ser, una persona a quien el paciente respeta y en que puede confiar.
- El terapeuta es visto como una persona experta para curar, a quien el paciente lleva sus problemas y de quien se espera ayuda.

El proceso terapéutico

Es difícil encontrar una definición de terapia o proceso terapéutico con la cual estén de acuerdo la mayoría de los autores o que concuerde con la totalidad de enfoques psicológicos existentes, sin embargo Pérez (1981) describió algunos de los elementos presentes en el proceso terapéutico independientemente del enfoque psicológico del cual provienen. A continuación se presentan estos elementos:

- Toda psicoterapia, sin importar su enfoque particular, implica necesariamente una relación interpersonal que se establece en un

momento u otro del tratamiento. Esta relación puede variar en intensidad y duración pero siempre está presente.

- La relación interpersonal exige que la persona que tiene el rol de terapeuta, sea un profesional con una formación y un entrenamiento especiales, aunque esto no significa que una persona sin estas características pueda ayudar a otras personas, por lo menos tan eficazmente como un profesional.
- La persona que busca la ayuda, como ya se mencionó, se encuentra insatisfecha con, ó siente que las personas que se encuentran a su alrededor están insatisfechas con su comportamiento o con su manejo de las experiencias emocionales o interpersonales.
- Los comportamientos adoptados por el terapeuta, así como las técnicas, principios y mecanismos a los que recurre para ayudar al sujeto, se desprenden, en principio, de una teoría mas o menos formal de los desórdenes psicológicos en general, y del problema del sujeto en particular.
- Toda forma de psicoterapia busca provocar un cambio en el comportamiento del sujeto.
- Por ultimo, existe otro aspecto presente, en diversos grados, en casi todo tipo de terapia. El paciente, por lo general, podrá experimentar cierta liberación o alivio emocional, al expresar lo que le sucede ante un

observador que se interesa y la comparte con él. De esta forma, al hablar de sus problemas en la terapia, estos ya no le molestan tanto como antes. Aunque este alivio emocional no es suficiente, es un factor común a toda psicoterapia y tiene un valor muy importante (Garfield, 1979).

Es importante señalar que todo este proceso se circunscribe en un tiempo, frecuencia y lugar determinados. Normalmente se establece una serie organizada de sesiones con cierta duración y frecuencia. Por lo general la duración de cada sesión es de una hora y la frecuencia puede variar de una o dos sesiones semanales a sesiones quincenales o mensuales (Garfield, 1979).

Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico

CAPITULO III

EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El abandono del tratamiento psicológico frecuentemente ha sido descrito como un problema que obstaculiza la entrega de servicios de salud mental efectivos (Pekarik, 1983a). Por esta razón este problema es un tema que durante décadas ha sido un punto de investigación dentro de la literatura en Psicología y a que se le ha asociado con otros problemas no menos importantes.

A lo largo de la investigación realizada se ha hecho uso de diferentes términos para referirse al abandono del tratamiento psicológico, o bien, que están íntimamente relacionados con este problema. Algunos de estos términos son: los siguientes: deserción del tratamiento, terminación prematura, falta de adherencia y terminación unilateral.

Del mismo modo, se ha recurrido a diferentes criterios para definir el abandono del tratamiento psicológico, por ejemplo ciertos estudios consideran que existe abandono cuando el paciente no asiste a un número promedio de sesiones; otros estudios se basan en el juicio del terapeuta para determinar si existe o no abandono y algunos definen el abandono como la finalización del tratamiento de forma unilateral por parte del paciente (Wierbicki & Pekarik, 1993).

Como se puede observar existen diferentes acepciones que se le han dado a este problema sin embargo, en general por abandono del tratamiento psicológico puede entenderse como el hecho que se presenta cuando un

del tratamiento es un inquietante indicador de que estos servicios no son efectivos.

Frecuencia del abandono

La frecuencia con la que se presenta el abandono del tratamiento psicológico es muy variable. Algunas investigaciones han encontrado índices de abandono considerablemente altos y preocupantes; mientras que en otras los índices son mucho más moderados. En general de acuerdo con un meta-análisis de 125 estudios sobre el tema, el rango con el que se presenta el abandono va desde un 30% hasta un 60% (Wierzbicky & Pekarik, 1993).

En promedio, de acuerdo también con este meta-análisis, del total de pacientes que inician un tratamiento psicológico el 47% lo abandona.

Frecuencia del abandono en México

Lorentzen (1986) encontró que de un total de 404 pacientes que solicitaron atención psicológica en el mismo centro de consulta externa donde se realizó la presente investigación, el 61 % abandono su tratamiento. Ramírez del Corral (1996) en otro estudio reportó que de 61 pacientes que recibían atención en un hospital psiquiátrico el 70 % abandonó su tratamiento antes de la séptima sesión.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría el índice de abandono encontrado fue del 7 % en un periodo de un año (Saucedo, Cortés,

Salinas y Berlanga, 1997). Otro estudio realizado en la misma institución con una muestra de 314 pacientes el acumulado en un periodo de siete años fue superior al 70 % (Velásquez, Sánchez, Lara, y Senties, 2000).

Como se puede observar la frecuencia del abandono del tratamiento en los servicios de salud mental es muy variable. El promedio de abandono encontrado por las estudios revisadas en esta investigación es de 52% (Lorentzen, 1986, Velásquez, et al. 2000; Saucedo, et al. 1997, Ramírez del Corral 1996).

Los motivos más frecuentes por los cuales los pacientes refirieron abandonar su tratamiento fueron: sentirse mejor 19 %, atenderse en otra institución 17 %, falta de recursos económicos 11 % (Velásquez, et al 2000); falta de recursos económicos 15%, atenderse en otra institución 12%, no observar mejoría a corto plazo 11%, lejanía del instituto 9% cambio de médico 9% considerar innecesario el tratamiento 8% (Saucedo, et. al.); motivos personales 61 %, laborales 18% e institucionales 11 % (Ramírez del Corral, 1996).

Variables relacionadas con el abandono

Existe un gran número de investigaciones que se han dedicado a estudiar el tema del abandono del tratamiento psicológico. Las líneas de investigación que se han seguido son muy diversas, para efectos didácticos, estas líneas se

clasifican aquí por el tipo de variables que abordan: variables del trastorno, del paciente, del terapeuta, de la interacción paciente-terapeuta y del tratamiento.

Variables del Trastorno

Una de las líneas de investigación que se ha seguido en el estudio del abandono del tratamiento se ha centrado en analizar la influencia que tienen sobre este problema las características del trastorno del paciente. Se ha hipotetizado que tanto el tipo como la severidad del trastorno que presenta el paciente está relacionado con los resultados obtenidos por el tratamiento y esto a su vez con el abandono del tratamiento psicológico. Al respecto, algunos estudios indican que pacientes con altos puntajes en el MMPI-2 se relacionaron con mayor permanencia en el tratamiento (Jurado, 2002) sin embargo en otros estudios se hallaron resultados que señalan lo contrario (Dubrin y Zastowny, 1988). De la misma manera otra investigación (Oei y Kazmierczak, 1997), con pacientes depresivos, no encontró diferencias entre los pacientes que abandonaron el tratamiento de los que no lo hicieron con respecto a la severidad de los síntomas, (específicamente síntomas de depresión).

Ries y Brown (1999) en la revisión que llevaron a cabo de la investigación realizada durante tres décadas sobre el tema del abandono no encontraron datos empíricos que indiquen que la hipótesis de que el *tipo o la severidad del*

trastorno que presenta el paciente están relacionados de manera importante o significativa con el abandono sea correcta.

Variables del Paciente

En otra de las líneas de investigación se ha buscado las causas del abandono en las variables del paciente mismo. Investigaciones que estudiaron la relación entre el abandono y las características sociodemográficas del paciente no encontraron una relación estadísticamente significativas con esta variable (Oei y Kazmierczak, 1997). En otro estudio tampoco se encontró relación entre el sexo del paciente y el abandono del tratamiento (Krauskopf, Baumgardner y Mandracchia, 1981). En el mismo sentido una revisión de la investigación realizada durante dos décadas sobre el abandono, no encontró una relación significativa entre el abandono del tratamiento psicológico y las *variables sociodemográficas del paciente*, específicamente la edad, el género y el estado civil (Baekeland y Lundwall, 1975).

En el caso del estatus socioeconómico del paciente, los resultados son contradictorios ya que algunos de ellos lo relacionan con el abandono y otros no (Wierbicki & Pekarik, 1993, Ries & Brown, 1999, Baekeland & Lundwall, 1975).

Por otra parte, de acuerdo con estos mismos autores no existe relación significativa entre el abandono del tratamiento y el hecho de que el paciente

haya recibido algún tipo de terapia anteriormente o presente *experiencia previa con terapia*.

Entre las variables del paciente que sí se han relacionado de manera importante con el abandono se encuentra la *motivación o disposición del paciente* para recibir el tratamiento. Es decir que, entre más motivado o dispuesto se encuentre un paciente a recibir un tratamiento psicológico es menor la probabilidad de que lo abandone y viceversa, cuando existe poca disposición por parte del paciente para el tratamiento, las probabilidades de que lo abandone aumentan (Baekeland y Lundwall, 1975; Cartwright, Lloyd, y Wicklund, 1980). Este último caso puede presentarse con mayor frecuencia si el paciente es presionado de alguna forma por parte de su familia, su escuela o trabajo para que solicite atención psicológica.

Lo anterior podría implicar que el tipo de decisión por la cual el paciente solicita atención psicológica (decisión propia o por presión o recomendación de otras personas) puede ser un indicador o influir en el grado de disposición al tratamiento del paciente y por consecuencia vincularse con el abandono.

Un tema relacionado con lo anterior es el *locus de control* con el que el paciente afronta las situaciones que se le presentan. Algunas investigaciones han tratado de identificar si existe alguna relación de esta variable con el abandono del tratamiento, sin embargo no se han hallado datos que permitan relacionarlo con él de acuerdo con Hunt y Andrews (1992).

Otra variable que podría estar relacionada con el abandono es cierta dificultad del paciente para afrontar el tratamiento o que existe un *desempeño inadecuado del paciente*. Parte importante de la investigación sobre abandono se ha basado en un paradigma que explica el abandono como una falla del tratamiento. De hecho una investigación sugiere que en la continuidad del paciente en el tratamiento tiene mayor responsabilidad el terapeuta que el paciente (Duehn, y Proctor, 1977). Sin embargo esto no exenta la posibilidad de que el paciente presente cierta dificultad para afrontar el tratamiento y que esto sea un factor de abandono.

Dentro del proceso terapéutico, el paciente puede presentar algunas dificultades para cumplir con su parte del tratamiento tales como: falta de habilidades para desempeñar su rol como paciente o que él desempeñarlo resulte aversivo para él y que en consecuencia lo evite. Una investigación con 131 sujetos encontró que los índices de participación de los pacientes que abandonaron el tratamiento fue significativamente menor que la de los pacientes que lo completaron (Oei y Kazmierczak, 1997).

La *aversión al estigma del enfermo mental* es otra variable que pudiera estar relacionada con el abandono del tratamiento psicológico. Como se mencionó anteriormente, solo una parte de las personas que presentan un trastorno mental recurren a los servicios especializados en este tipo de problemas. La mayoría de las personas recurre primero a sus redes sociales para buscar

ayuda: 54% acude con familiares y amigos, 10% con sacerdotes o ministros y un 15% recurre a la automedicación, (Berenzon, 2003).

Se estima que una de las razones por las cuales las personas que presentan algún trastorno no solicitan atención psicológica junto con el desconocimiento de los beneficios de recibir atención especializada, es el temor de ser identificados por parte de familiares, amigos o incluso por si mismos con el estigma que pesa sobre los enfermos mentales (Medina, et. al., 2003).

Lo anterior se apoya en datos que revelan la existencia de un rechazo hacia el enfermo mental por parte de la población. De acuerdo con García (1996) algunas de las características atribuidas al enfermo mental por una muestra de 800 sujetos encuestados son: una tendencia a la violencia y a la delincuencia, peligrosidad además de considerarlos muy raros y nerviosos.

Pese a lo anterior no existen datos que indiquen si existe alguna relación entre el temor que puede sentir un paciente de ser identificado o estigmatizado como un enfermo mental y el abandono del tratamiento psicológico.

Otra variable del paciente que posiblemente este relacionada con el abandono son las *creencias sobre de la salud*. De acuerdo con el Modelo de creencias sobre la salud de Becker y Maiman la probabilidad de que una persona ejecute alguna acción para mejorar su salud esta determinada por una serie de creencias acerca de la misma, específicamente: la susceptibilidad percibida de presentar una enfermedad determinada y la gravedad percibida de la misma

así como de sus consecuencias. Estas creencias dependen de variables demográficas, sociales, culturales, de estímulos para la acción (internos o externos) y de la percepción de los costos y beneficios (citado en Morales, 1999).

Parra (1987) considera que la forma en la que se percibe la enfermedad es determinante en la manera en la que el paciente experimenta este tipo de problemas y también de que decida o no buscar ayuda para resolverlos.

No obstante lo anterior, al menos en esta revisión, no se encontró alguna investigación que haya abordado este tema en relación con el abandono.

Las expectativas que el paciente tiene acerca de la terapia, también influyen en el proceso terapéutico (Baumann y Perrez, 1994). Con base en esta hipótesis es posible esperar que cuando la terapia que obtiene el paciente corresponde o se ajusta a la que esperaba recibir es menos probable que abandone su tratamiento.

Por último, en relación con las variables del paciente, una que posiblemente tiene un efecto sobre el abandono son los *obstáculos prácticos*. Aunque algunos estudios indican que la distancia que tiene que recorrer el paciente para llegar al consultorio o instituto donde recibe la atención psicológica y el costo del tratamiento no se relaciona significativamente con el abandono (Hunt y Andrews, 1992, Saucedo, et al. 1997), es posible que la falta de recursos económicos, los problemas de horario, la distancia del consultorio y otros

factores como el cambio de domicilio representen, en conjunto, una variable que influya de forma importante en el abandono de tratamiento psicológico. Existen datos que apoyan lo anterior: cuando se le ha preguntado a los pacientes cuales son los motivos por los cuales dejan de asistir a su terapia; los problemas económicos y de horario, la distancia del consultorio o el cambio de domicilio son respuestas que los pacientes frecuentemente proporcionan (Velásquez et al. 2000, Saucedo et al. 1997, Ramírez del Corral, 1996).

Variables del Terapeuta

Las variables del terapeuta son otra de las líneas de investigación que se han seguido en el tema del abandono. Los resultados encontrados no son uniformes en particular los que se refieren al sexo del terapeuta: algunos estudios indican que cuando el paciente tiene un terapeuta de sexo femenino existen índices de abandono mas altos (Epperson, Bushway y Warman, 1983) mientras que los resultados reportados por otro estudio indican lo contrario: el paciente tiene mayor probabilidad de abandonar su tratamiento cuando su terapeuta es de sexo masculino (Baekeland y Lundwall, 1975). Sin embargo, en general, las investigaciones realizadas en esta dirección han encontrado que las *variables sociodemográficas del terapeuta* (sexo y edad) no se relacionan de manera significativa con el abandono del tratamiento por parte del paciente (Wierzbicki y Pekarik, 1993, Pekarik, 1988; Krauskopf, et al. 1981)

Otra variable del terapeuta que también ha sido estudiada insistentemente es la experiencia del mismo en el ámbito clínico. Es importante señalar que el hecho de que el terapeuta cuente con más experiencia no implica necesariamente que cometa menos errores que un terapeuta principiante y que este a su vez no pueda ayudar de manera eficaz a una persona. Sin embargo se podría esperar que los terapeutas que cuentan con más experiencia obtengan mejores resultados y a su vez índices mas bajos abandono o deserción que los terapeutas principiantes.

No obstante las investigaciones que se han dedicado a analizar esta variable no son consistentes en sus resultados (Ries y Brown, 1999, Baekeland y Lundwall, 1975; Epperson, et al. 1983; Krauskopf, et al. 1981). Referente al tema, existen reportes acerca de que personas sin estudios en Psicología, pero con un breve en entrenamiento, podían ayudar con éxito a los pacientes (Baumann y Perrez, 1994). Sin embargo de acuerdo con estos autores, no se tienen datos acerca de si estos terapeutas podían mantener estos resultados a lo largo del tiempo.

Variables de la interacción Terapeuta-Paciente

Una variable frecuentemente estudiada en relación con el abandono es la *satisfacción* del paciente con su tratamiento y/o terapeuta. De acuerdo con el sentido común, no seria extraño que un paciente que se encuentra insatisfecho

con algún aspecto de su terapeuta y/o del tratamiento que recibe, presente mayores probabilidades de abandonarlo.

Hynan (1996) realizó un estudio con pacientes de un centro de consejería universitario por medio de un cuestionario que identifica las razones por las cuales abandonaron el tratamiento. Sus resultados indican que los pacientes que abandonaron el tratamiento en las etapas iniciales dejaron de asistir a las sesiones por insatisfacción con los servicios más frecuentemente que los pacientes que completaron el tratamiento. Los resultados de las investigaciones que han analizado esta variable son inconsistentes. Sin embargo es posible, que al menos en este caso, existan variables extrañas que alteran los resultados de estas investigaciones. Lebow (1982) analizó la satisfacción de dos grupos de pacientes, uno de ellos respondió a las escalas de satisfacción de forma anónima y el otro no. Los resultados indican que los pacientes que respondieron de forma anónima la escala de satisfacción sobre su terapeuta, lo describieron como menos atractivos y expresaron menor satisfacción con los servicios que los pacientes que respondieron de forma no anónima. Esto sugiere la probable existencia de una tendencia por parte de los pacientes de mentir o tratar de agradar al contestar las escalas de satisfacción. Además de la satisfacción, otra variable de la relación entre paciente y terapeuta es la *identificación del problema*. Esta variable está relacionada de forma negativa con el abandono según los datos encontrados. De esta

manera, entre mayor es el acuerdo existente entre terapeuta y paciente acerca del problema que este presenta existe menor probabilidad de que el abandone su tratamiento (Krauskopf, et al. 1981). Resultados similares fueron encontrados por Tracey (1986) entre menor número de acuerdos existentes entre terapeuta y paciente sobre los temas a hablar en las sesiones iniciales, correspondieron mayores índices de abandono. De acuerdo con los datos anteriores Duehn y Proctor (1977) sugieren que la congruencia y relevancia del contenido acerca de los temas tratados durante las sesiones terapéuticas pueden ser utilizadas para controlar la continuidad del paciente en el tratamiento. En el mismo sentido, Curtis (1981) señala que es importante que el terapeuta muestre alguna comprensión del problema así como una tentativa de solución al mismo como un factor determinante del compromiso terapéutico por parte del paciente.

Variables del Tratamiento

Como se mencionó en el capítulo anterior, en la actualidad las personas que padecen algún tipo de trastorno mental tienen diversas alternativas de tratamiento psicológico, cada uno de ellos con sus propias técnicas, procedimientos y su muy particular forma de entender los problemas mentales. Con tantas diferencias entre estos tratamientos podría esperarse encontrar diferencias en sus resultados, su efectividad y a su vez en los índices de abandono. De hecho algunos investigadores consideran que bajos niveles de

abandono están relacionados con tratamientos efectivos y como tal ésta podría ser una poderosa variable que puede indicar la efectividad de los tratamientos (Hunt y Andrews, 1992).

Sin embargo, en cuanto al probable efecto que pudieran tener diferentes *tipos de tratamiento* en el abandono, no se encontraron datos al respecto, posiblemente por complejidad y dificultad que implicaría realizar una investigación con estas características.

Una variable del tratamiento que ha sido reportada consistentemente como un reductor del abandono es la *preparación del paciente para el tratamiento* mismo. Lambert y Lambert (1984) examinaron los efectos que tiene un procedimiento de inducción o preparación para el tratamiento en pacientes sin experiencia en terapia y encontraron que quienes recibieron dicho procedimiento de inducción indicaron estar más satisfechos con la terapia, mostraron más cambios y presentaron menores índices de abandono que aquellos que solo recibieron una intervención placebo antes del tratamiento. Los resultados de otras investigaciones coinciden en que la preparación para el tratamiento tiene un gran efecto facilitador en el proceso terapéutico (Lawe, Home y Taylor, 1983).

Otros investigadores (Cartwright, et al. 1980) también obtuvieron datos a favor de la preparación para el tratamiento como reductor del abandono. En el mismo sentido, un meta-análisis realizado a 26 estudios sobre el abandono

reflejó que, en el 92% de estos, la preparación para el tratamiento se relacionó con la continuación del paciente en el mismo (Baekeland y Lundwall, 1975).

Otras Variables

Algunos investigadores han hipotetizado que las *variables administrativas* en la entrega del servicio psicológico pueden ser un factor significativo en el abandono del tratamiento. Bajo esta hipótesis Anderson, Hogg y Magoon (1987) estudiaron la relación entre el tiempo que los pacientes permanecen en una lista de espera y su deserción del tratamiento. Los análisis estadísticos de los resultados indican que el tiempo de espera no diferencia a los pacientes que abandonaron su tratamiento de los que no lo hicieron, no importando el tipo de problema (vocacional, emocional o social).

El ambiente social en el cual vive el paciente es una variable que también influye en los resultados de la terapia. Así, aquellos pacientes que reciben mayor apoyo por parte de su entorno social tienen un mejor pronóstico sin importar el tipo de terapia que reciben (Baumann y Perrez, 1994).

Otros autores consideran que una de las razones por la cual los pacientes abandonan su tratamiento pueden ser las diferencias en las necesidades que la población percibe y el tipo de ayuda que reciben. Mientras que la población tiene una necesidad basada en problemas (laborales, familiares, de pareja, de salud, etc.) los servicios ofrecidos se basan en diagnósticos psicológicos. Es

posible que la falta de coincidencias entre las necesidades percibidas por la población y los servicios ofrecidos se relacione con el abandono.

Por último, la variedad de criterios utilizados por los investigadores para definir el abandono es una variable que ha influido en los resultados de la investigación misma (Wierbicki & Pekarik, 1993). En una investigación realizada con 152 pacientes que abandonaron su tratamiento se hizo uso de dos criterios distintos de clasificación: uno de ellos se basó en el juicio del terapeuta para definir si un paciente había abandonado o no su tratamiento y el otro método se clasificó a los paciente únicamente utilizando como criterio la duración del tratamiento o el número de sesiones a las que asistió. Los resultados reflejaron diferencias significativas en 11 de 18 variables analizadas tanto del paciente como del terapeuta cuando se utilizó el primer criterio, mientras que no se encontraron diferencias significativas cuando se usó el criterio de duración Pekarik (1985).

Al respecto Garfield (1979) en una crítica a un estudio señala que cualquier variación en el criterio para determinar si un paciente ha abandonado, o no, su tratamiento influye en la compatibilidad de los resultados.

De acuerdo con un meta-análisis de 125 estudios (Wierbicki y Pekarik, 1993) uno de los principales factores de la confusión entre los datos encontrados por los investigadores es la variedad de criterios utilizados en la definición de abandono: comparando el número de sesiones a las que el paciente asiste con

un número promedio de sesiones, con base en el juicio del terapeuta o cuando el paciente deja de asistir a las sesiones de forma unilateral.

Cada una de las definiciones utilizadas presenta ventajas y desventajas en comparación con las otras. La primera definición presenta un problema importante ya que puede incluir tanto a pacientes sintomáticos como asintomáticos; la segunda tiene el inconveniente de ser muy subjetiva, pues es el terapeuta quién define si existe o no abandono del tratamiento psicológico; la última, es una definición sencilla y concreta sin embargo también puede incluir pacientes sintomáticos y asintomáticos.

METODO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El abandono del tratamiento psicológico representa un problema importante debido a que constituye un obstáculo en la entrega de servicios de salud mental efectivos así como por las consecuencias negativas que genera tanto en el terapeuta, en las instituciones que proporcionan este tipo de atención y particularmente en el paciente.

Sin embargo se trata de un fenómeno complejo en el cual intervienen una cantidad importante de variables. Entre las variables que se han identificado en este problema se encuentran variables propias del paciente, del trastorno que presenta, del terapeuta, de la interacción paciente-terapeuta y del tratamiento.

Si bien en México las investigaciones realizadas sobre el tema del abandono han aportado información relevante al respecto, es importante continuar estudiándolo debido a la importancia de los problemas que genera ó que se han relacionado con él.

Debido a lo anterior el propósito de este estudio es realizar una exploración de los motivos por los cuales los pacientes abandonan su tratamiento a fin de identificar, los más importantes en los cuales se diferencian los pacientes que completan su tratamiento psicológico de forma adecuada de aquellos que lo abandonan antes de concluirlo, en este caso, en un centro de servicios psicológicos de consulta externa.

El método de la presente investigación se presenta dividido en dos etapas.

En la primera se describe el procedimiento llevado a cabo para el diseño y validación de un instrumento realizado con la finalidad de identificar los motivos por los cuales los pacientes abandonan el tratamiento psicológico.

En la etapa siguiente se describe el procedimiento mediante el cual se aplicó el instrumento elaborado, en este caso en centro de atención psicológica de consulta externa. De la misma forma se presenta un análisis detallado de los resultados obtenidos de esta aplicación.

ETAPA I

CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO

A. CONSTRUCCIÓN Y DISEÑO

A partir de la revisión bibliográfica del tema se elaboró una serie de reactivos (60 en total) con la finalidad de conformar un instrumento capaz de medir las razones o motivos por los cuales los pacientes abandonan o desertan del tratamiento psicológico.

De la misma forma, sustentado en la revisión bibliográfica del tema, se construyó un sistema de clasificación de estos reactivos conformado por seis clases o categorías de motivos de abandono del tratamiento psicológico.

Lo anterior se llevo acabo de forma tal que las categorías que conformarían el instrumento midieran distintos tipos de variables los cuales, de acuerdo con la revisión bibliográfica, se consideró podrían influir de manera importante en el abandono del tratamiento.

B. VALIDACIÓN

Posteriormente se requirió de la participación de cinco jueces con experiencia previa como terapeutas para la selección y clasificación de los reactivos (de acuerdo a las categorías elaboradas) que formarían parte del "Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico".

En total, de los 60 reactivos elaborados inicialmente, solo se seleccionaron 24, los cuales quedaron clasificados en 6 diferentes categorías, cuatro en cada una de ellas. Estos reactivos fueron seleccionados debido a que existió un mínimo de acuerdo igual al 80% entre los jueces respecto al tipo de variable que medía cada reactivo, es decir a la categoría a la que pertenecían. Los reactivos restantes no se incluyeron debido a que existía algún grado de desacuerdo entre los jueces.

Realizado lo anterior, se elaboró una versión preliminar del Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico.

C. PILOTEO

Después de elaborar la versión preliminar del "Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico" se llevo a cabo el piloteo del instrumento con la finalidad de verificar que no existiesen fallas o errores en el mismo.

Este piloteo se realizó con una muestra de sujetos integrada por 10 pacientes que recibieron atención en el programa de Atención a Enfermos Crónico-Degenerativos del Centro de servicios Psicológicos Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología.

La mitad de estos pacientes iniciaron un tratamiento psicológico, lo completaron y fueron dados de alta. Los pacientes restantes también iniciaron

un tratamiento psicológico en el mismo programa, sin embargo dejaron de asistir a las sesiones de forma unilateral, es decir, lo abandonaron.

La aplicación del instrumento se llevo a cabo vía telefónica. Durante este procedimiento se registraron observaciones y comentarios acerca de los reactivos, en particular, cuando se detectó alguna dificultad por parte de los pacientes para entenderlos.

D. ELABORACIÓN DE VERSIÓN FINAL

Llevado a cabo lo anterior, el paso siguiente fue la elaboración de las modificaciones pertinentes al instrumento de acuerdo con las observaciones registradas durante el piloteo.

La mayoría de las modificaciones llevadas a cabo se efectuaron con respecto a las instrucciones del cuestionario y solo algunas fueron realizadas en ciertos reactivos del instrumento. Las modificaciones realizadas a los reactivos se debieron a que se detectó cierta dificultad por parte de los pacientes para comprenderlos. Es importante mencionar que tales modificaciones tuvieron lugar únicamente en el estilo de redacción de los reactivos y no en su contenido, para no modificar los resultados obtenidos del proceso de jueceo.

Finalmente, con la inclusión de estas modificaciones se elaboró la versión final del Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico. En el apéndice A se muestra la versión final de este instrumento.

E. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El "Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico" en su versión final quedo conformado de la siguiente forma:

Se trata de un instrumento integrado por 24 reactivos divididos en seis categorías diferentes, cuatro en cada una. Los reactivos son de tipo dicotómico (cierto o falso) y la mitad de ellos se encuentran redactados de forma inversa (ver apéndice B).

Las diferentes categorías que integran el instrumento están dirigidas a identificar la intervención que tienen seis tipos distintos de variables en el abandono del tratamiento psicológico. En el apéndice B se indica la categoría a la que pertenece cada uno de los reactivos.

A continuación se muestra la definición de las categorías que integran el instrumento:

1. **INSATISFACCIÓN CON EL TERAPEUTA.** Es una evaluación negativa que realiza el paciente acerca de distintos aspectos del terapeuta.
2. **INSATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO.** Es una valuación negativa que realiza el paciente acerca de distintos aspectos del tratamiento
3. **DESEMPEÑO INADECUADO DEL PACIENTE.** Desempeño poco apropiado del paciente en distintos aspectos relacionados con el rol que debería desempeñar de forma tal que se permitan alcanzar los objetivos del tratamiento.

4. **AVERSIÓN AL ESTIGMA DEL ENFERMO MENTAL.** Temor que puede presentar el paciente de ser identificado por parte de sus familiares, amigos o incluso por sí mismo como un enfermo mental.
5. **PERCEPCION INADECUADA DEL PROBLEMA.** Evaluación que realiza el paciente acerca de su problemática y sobre la necesidad de recibir un tratamiento psicológico, aspectos que califica como irrelevantes o poco trascendentes.
6. **OBSTÁCULOS PRÁCTICOS.** Aspectos que de alguna manera obstaculizan o impiden que el paciente asista a sus sesiones. Estos obstáculos pueden ser cuestiones como problemas económicos, falta de tiempo, distancia o lejanía del consultorio, etc.

Por otra parte, con la finalidad de obtener información complementaria que pudiera estar relacionada con el abandono del tratamiento psicológico en este instrumento se incluyen algunas preguntas adicionales (Ver Apéndice A) dirigidas a conocer los siguientes puntos:

- La razón o motivo mas importante del paciente por el cual abandonó (o abandonaría el tratamiento, según el caso).
- La evolución, al momento de la entrevista, que presentó el problema del paciente, por el que inicialmente solicitó el servicio (se había resuelto, seguía igual o se había agravado).

- A que factores le atribuye el paciente, la evolución que presentó su problema en particular, (al tratamiento, a sí mismo o a otros factores).
- Cuales fueron los factores que influyeron en el paciente en su decisión de solicitar atención psicológica.

Por ultimo acerca de la validez y confiabilidad del instrumento, el resultado análisis estadístico (Factor KR-20) fue el siguiente: $\alpha = 0.778$. De acuerdo con este resultado se concluyó que el instrumento posee validez en cuanto a su estructura interna.

ETAPA II
INVESTIGACIÓN APLICADA

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Existe alguna diferencia significativa entre los pacientes que abandonan su tratamiento de los que lo concluyen de forma adecuada con respecto a sus variables sociodemográficas?
2. ¿Existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento y los que son dados de alta con respecto a la satisfacción que tienen del tratamiento?
3. ¿Existe alguna diferencia significativa entre los pacientes que abandonan su tratamiento de los que lo concluyen de forma adecuada en relación a la satisfacción que tienen con el terapeuta?
4. ¿Existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento y los que son dados de alta con respecto al desempeño que ellos mismo presentan a lo largo del tratamiento?
5. ¿Existe alguna diferencia significativa entre los pacientes que abandonan su tratamiento de los que lo concluyen de forma adecuada en relación a los obstáculos prácticos que pueden presentar para asistir a las sesiones?
6. ¿Existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento y los que son dados de alta con respecto al temor que pueden

sentir de ser estigmatizados como enfermos mentales por recibir atención psicológica?

7. ¿Existe alguna diferencia significativa entre los pacientes que abandonan su tratamiento de los que lo concluyen de forma adecuada en relación al la percepción tienen acerca de su problemática?

OBJETIVO GENERAL

Identificar si existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento psicológico y los que lo concluyen de forma adecuada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si existen diferencias significativas entre las variables sociodemográficas de los pacientes que abandonan su tratamiento y los que son dados de alta.
- Identificar si existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan y los que los concluyen el tratamiento de forma adecuada con respecto a la satisfacción que tienen del mismo.
- Identificar si existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento y los que son dados de alta con respecto a la satisfacción que tienen con distintos aspectos del terapeuta.
- Identificar si existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento y los que lo concluyen de forma adecuada con respecto a su desempeño dentro de él.
- Identificar si existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento y los que lo concluyen de manera adecuada con respecto al temor o aversión que pueden presentar de ser

estigmatizados como enfermos mentales por el hecho de solicitar y/o recibir atención psicológica.

- Identificar si existen diferencias con respecto a la percepción del problema que tienen los pacientes que abandonaron su tratamiento a la que presentan los pacientes que lo completaron.
- Identificar si existen diferencias significativas entre los pacientes que abandonan el tratamiento y los que son dados de alta en relación a los obstáculos que pueden presentar para acudir a sus sesiones.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan las hipótesis de investigación y las hipótesis nulas:

- Hi: Las características sociodemográficas de los pacientes que abandonaron su tratamiento son diferentes a las del grupo que lo completó.
- Ho: Las características sociodemográficas de los pacientes que abandonaron su tratamiento no son diferentes a las del grupo que lo completó.
- Hi: El grado de satisfacción del paciente con el terapeuta entre el grupo que abandonó su tratamiento y el que no lo abandonó será diferente.
- Ho: El grado de satisfacción del paciente con el terapeuta entre el grupo que abandonó su tratamiento y el que no lo abandonó no será diferente.

- Hi: Existe diferencia entre los pacientes que abandonaron su tratamiento y los que lo completaron con respecto al grado de satisfacción con el tratamiento mismo.
- Ho: No existe diferencia entre los pacientes que abandonaron su tratamiento y los que lo completaron con respecto al grado de satisfacción con el tratamiento mismo.
- Hi: El desempeño del grupo de abandono es diferente del desempeño del grupo que completo su tratamiento.
- Ho: El desempeño del grupo de abandono no es diferente del desempeño del grupo que completo su tratamiento.
- Hi: Existe diferencia entre el grupo de abandono y el grupo que completo su tratamiento con respecto al temor de ser estigmatizado como un enfermo mental.
- Ho: No existe diferencia entre el grupo de abandono y el grupo que completo su tratamiento con respecto al temor de ser estigmatizado como un enfermo mental.
- Hi: La percepción del problema que tienen los pacientes que abandonaron su tratamiento es diferente a la que presentan los pacientes que lo completaron.

- Ho: La percepción del problema que tienen los pacientes que abandonaron su tratamiento no es diferente a la que presentan los pacientes que lo completaron.
- Hi: El número de obstáculos que presentan los pacientes que abandonaron su tratamiento es diferente al de los pacientes que lo completaron.
- Ho: El número de obstáculos que presentan los pacientes que abandonaron su tratamiento no es diferente al de los pacientes que lo completaron.

VARIABLES

Variable dependiente

Estatus del tratamiento

Abandono

Definición Conceptual (D. C.): Es la finalización del tratamiento de forma unilateral por parte del paciente.

Definición Operacional (D. O.): En este estudio se considerará que existe abandono cuando el paciente deja de asistir a tres sesiones consecutivas y sin contacto de su parte con el terapeuta para establecer una nueva cita. Esto se determinará revisando el expediente del paciente.

Alta

D. C.: Es el resultado del cumplimiento, por parte del paciente, del tratamiento asignado por el terapeuta, de forma que el problema por el cual solicitó atención se resuelve totalmente o se reduce considerablemente.

D. O.: En esta investigación se considerará que el paciente ha completado su tratamiento y ha sido dado de alta cuando haya asistido hasta la última sesión indicada por el terapeuta. Esto se determinará revisando el expediente del paciente.

Variables independientes

Insatisfacción con el tratamiento

D. C.: Evaluación negativa que realiza el paciente acerca de distintos aspectos del terapeuta.

O. P.: Puntaje obtenido en los reactivos de la categoría insatisfacción del paciente con el tratamiento.

Insatisfacción con el terapeuta

D. C.: Evaluación negativa que realiza el paciente acerca de distintos aspectos del tratamiento

D. O.: Puntaje obtenido en los reactivos de la categoría de insatisfacción del paciente con el terapeuta.

Desempeño inadecuado del paciente

D. C.: Desempeño poco apropiado del paciente en distintos aspectos relacionados con el rol que debería desempeñar de forma tal que permitan alcanzar los objetivos del tratamiento.

D. O.: Puntaje obtenido en los reactivos de la categoría desempeño inadecuado del paciente.

Aversión al estigma del enfermo mental

D. C.: Temor que puede presentar el paciente de ser identificado por parte de sus familiares, amigos o incluso por sí mismo como un enfermo mental.

D. O.: Puntaje obtenido los reactivos de la categoría aversión al estigma del enfermo mental.

Percepción inadecuada del problema.

D. C.: Evaluación que realiza el paciente acerca de su problemática y sobre la necesidad de recibir un tratamiento psicológico, aspectos que califica como irrelevantes o poco trascendentes.

D. O.: Puntaje obtenido en los reactivos de la categoría percepción inadecuada de problema.

Obstáculos prácticos:

D. C.: Aspectos prácticos que de alguna manera obstaculizan o impiden que el paciente asista a sus sesiones.

D. O.: Puntaje obtenido en los reactivos de la categoría obstáculos prácticos

SUJETOS

En esta etapa de la investigación participaron 60 pacientes que solicitaron atención en el programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología, UNAM, en el periodo comprendido entre Enero del 2003 a Septiembre del 2004.

TÉCNICA DE MUESTREO

Debido a la finalidad del estudio la muestra utilizada en esta investigación fue una muestra no probabilística de casos típicos.

Criterios de inclusión

Grupo 1 Pacientes que abandonaron su tratamiento

- Edad de 18 a 65 años.
- Iniciar un tratamiento psicológico e ingresar como pacientes al programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos
- Haber abandonado dicho tratamiento de forma unilateral.

Grupo 2 Pacientes que completaron su tratamiento

- Edad de 18 a 65 años.

- Iniciar un tratamiento psicológico e ingresar como pacientes al programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos
- Asistir a las sesiones programadas por su terapeuta hasta ser dados de alta.

INSTRUMENTO

Versión final del "Cuestionario Motivos de Abandono del tratamiento Psicológico" (Ver Apéndice A).

Formato "Consentimiento Informado". (Ver Apéndice D).

ESCENARIO

El escenario donde se llevó acabo esta investigación fue el CSP "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología, específicamente en el Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico-Degenerativos.

Es importante señalar algunos aspectos acerca de este programa de atención:

1. Durante el periodo en el que se realizó la presente investigación en este programa no sólo se proporcionó atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, sino que también se incluyeron pacientes con problemas psicológicos tales como depresión, ansiedad, fobias, trastornos obsesivos compulsivos, etc.
2. Uno de los objetivos de este programa es proporcionar un escenario donde un terapeuta pueda adquirir las habilidades, conocimientos y

experiencias necesarias que requiere su formación. Se hace mención de lo anterior para tomar en cuenta que parte importante de los terapeutas que atendieron a los pacientes de esta investigación se encontraban aun en proceso de formación.

3. El enfoque teórico en el cual son entrenados los terapeutas, y por consecuencia con el cual son atendidos los pacientes, es un enfoque cognitivo conductual.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio cualitativo de tipo comparativo

DISEÑO

Diseño pre-experimental de tipo transeccional

PROCEDIMIENTO

En esta etapa se llevó acabo la aplicación del "Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico". Esto se realizó con la finalidad de obtener dos muestras de datos, una de 30 pacientes que hubieran abandonado el tratamiento y otra de igual numero de pacientes que hubieran sido dados de alta. Para ello se siguió el siguiente procedimiento:

1. Se solicitó la autorización, por escrito, de los terapeutas integrantes del Programa de Atención a Enfermos Crónico-Degenerativos del CSP Guillermo Dávila, para entrevistar a sus pacientes y tener acceso a sus expedientes. Para llevar acabo lo anterior punto se utilizó el formato

"Consentimiento informado" (ver Apéndice D) el cual especifica la finalidad de esta petición así como la forma en que se utilizarían los datos resultantes. Todos los terapeutas de ese programa dieron su autorización.

2. Se seleccionaron los expedientes de aquellos pacientes que:
 - Iniciaron un tratamiento y que fueron dados de alta
 - Iniciaron un tratamiento y que fueron dados de baja pero que se presentaron como mínimo a una entrevista inicial y a dos sesiones de tratamiento.
3. Se realizó una base de datos con información de estos pacientes. Esta base de datos contenía los siguientes datos: nombre, edad, sexo, número(s) telefónico(s), número de sesiones a las que asistió, estatus del tratamiento (alta o baja) y nombre del terapeuta que lo atendió.

No se tomaron en cuenta, para esta investigación, los casos de los pacientes cuyos expedientes se encontraban incompletos o que fueron dados de baja en la primera o segunda sesión. Esto último se realizó debido a que si el abandono se presentó después de las dos primeras sesiones, muy probablemente aún se encontraban en fase de evaluación y por lo tanto no tendrían los elementos necesarios para responder a una parte importante de las preguntas del cuestionario que se aplicaría.
4. Obtenida la base de datos mencionada anteriormente se llevo acabo la aplicación del Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento

Psicológico entrevistando vía telefónica a los pacientes incluidos en esta base de datos.

5. Por último se realizó el análisis de los datos obtenidos de esta aplicación.

Los resultados se muestran más adelante.

Del proceso anterior resultaron seleccionados un total de 120 expedientes del mismo número de pacientes sin embargo únicamente 60 participaron en esta investigación. El resto de los pacientes no fue incluido por las siguientes razones:

- El paciente no se encontraba en el momento de la llamada o no se logró localizarlo en 3 llamadas telefónicas subsecuentes (67%).
- El paciente no cubría los criterios de inclusión requeridos para el estudio o a que la muestra del grupo en el que podía haber sido incluido ya había sido cubierta (15%).
- El número telefónico se encontraba fuera de servicio o no existía (8%).
- El paciente cambió de domicilio (8%).
- El paciente se negó a ser entrevistado (2%).

RESULTADOS

Los resultados de esta etapa de la investigación se describen en dos apartados diferentes.

En el primero se presenta el análisis estadístico de las variables sociodemográficas de la muestra. En el segundo se presenta el análisis cualitativo de los resultados de la prueba de correlación de Xi-cuadrada realizada para determinar la existencia de alguna diferencia entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que lo abandonaron con respecto a las variables analizadas.

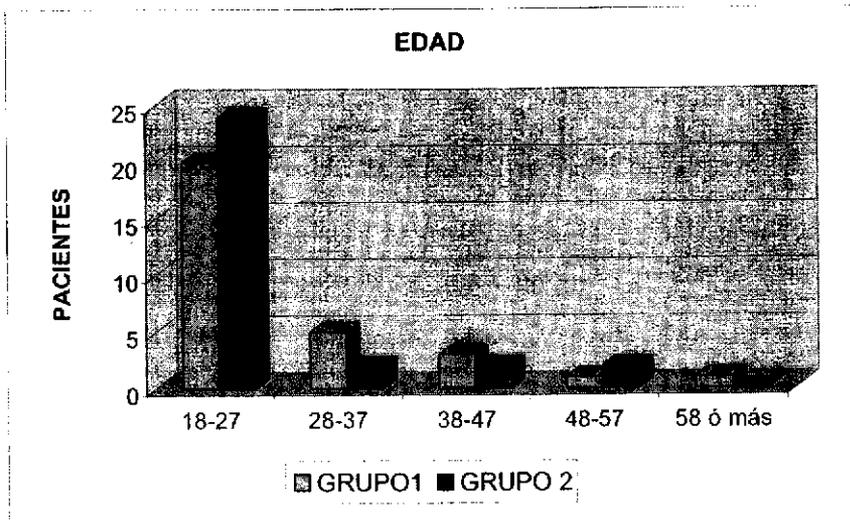
Estos datos se analizaron por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés). El nivel de α que se estableció para tomar las decisiones estadísticas fue de 0.05.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

A continuación se presentan el resultado del análisis de las variables sociodemográficas de los pacientes que participaron en la investigación:

En cuanto a la edad de los sujetos, predominaron los adultos jóvenes, de tal forma que el 76% de ellos se situó en un rango que osciló entre los 18 y 28 años de edad. No se encontró diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=24.000$, 22 g.l., $p=0.327$) entre los pacientes que completaron su tratamiento de forma adecuada y que fueron dados de alta (Grupo 1) y los que lo abandonaron antes de concluirlo (Grupo 2) con respecto a la edad, de acuerdo con la prueba estadística que se aplicó (Ji cuadrada).

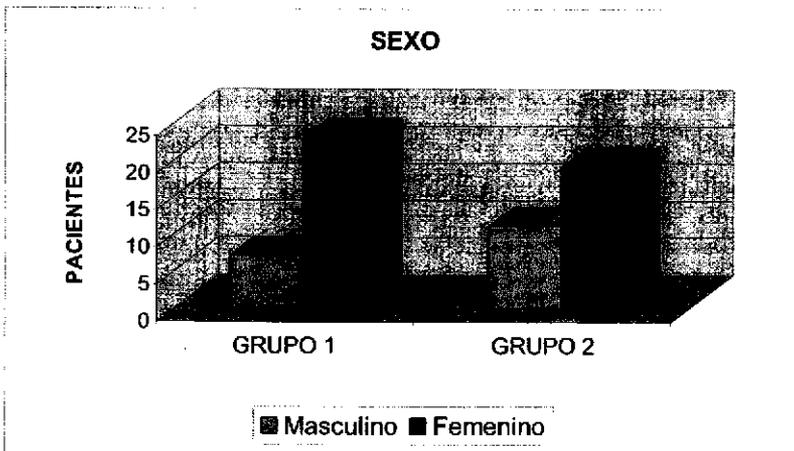
Gráfica 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a su edad.



En la gráfica 1 se muestra la distribución de los pacientes tanto del grupo 1 como del grupo 2 de acuerdo a esta variable.

Por otra parte con respecto al género de los pacientes, en general, predominó el sexo femenino de forma que el 70% de ellos eran mujeres. En la gráfica 2 se puede observar como se distribuyeron los pacientes de ambos grupos con respecto a esta variable, los resultados del análisis estadístico indican que los grupos no se diferenciaron de forma estadísticamente significativa ($X^2 = 1.270$, 1g.l. $p=0.260$).

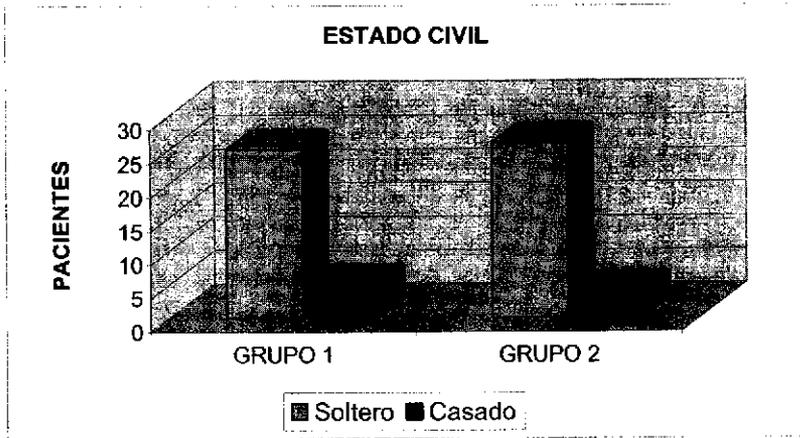
Gráfica 2. Distribución de los pacientes de acuerdo al género.



Con respecto al estado civil de los pacientes tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes ($X^2 = 1.31$, 1g.l. $p=0.718$). En la gráfica 3 se puede apreciar que la distribución de pacientes

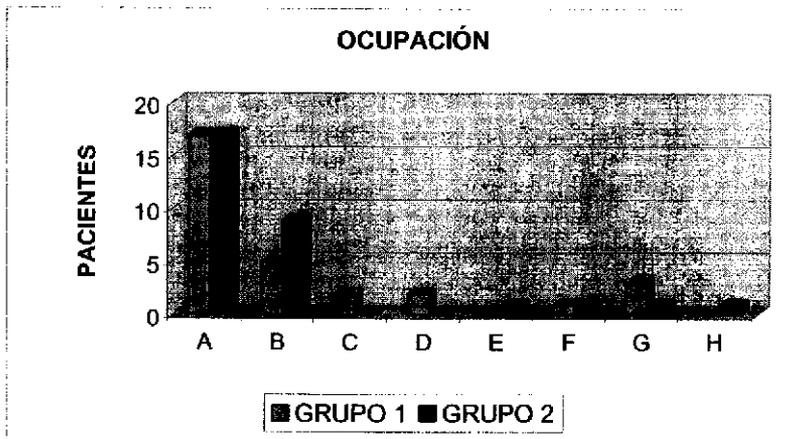
solteros y casados fue prácticamente la misma para ambos grupos. No obstante, la mayor parte (85%) de ellos se encontraba soltero.

Gráfica 3. Distribución de los pacientes de acuerdo con su estado civil.



En lo que se refiere a la ocupación de los pacientes, en general, la mayor parte de ellos indicó que eran estudiantes o empleados (el 80% se concentró en estos rubros) mientras que el resto se distribuyó en otras categorías (comerciante, profesionista, jubilado, desempleado, etc.). En la gráfica 4 se muestra la distribución de la ocupación de los pacientes por grupo. El análisis de los resultados no reflejó diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 8.143$, 7g.l. $p=0.320$).

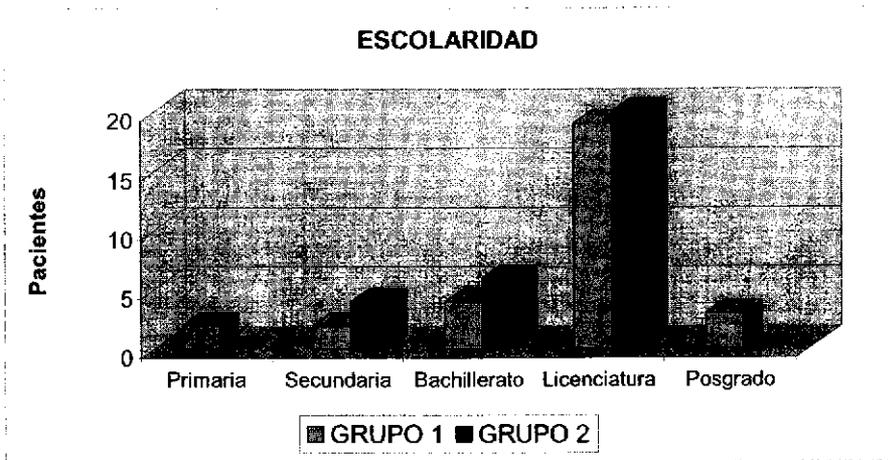
Gráfica 4. Distribución de los pacientes de acuerdo a su ocupación.



A= Estudiante, B= Empleado, C= Comerciante, D= Profesionista, E= Jubilado,
F= Desempleado, G= Hogar, H= Oficio

Por ultimo, también referente a las características sociodemográficas, el grado de estudios de los pacientes fue elevado, de forma que el 65% de ellos contaba con, ó se encontraba estudiando una licenciatura y el otro 45% se distribuyó en los grados restantes. En la gráfica 5 se muestra la distribución de los pacientes con respecto a esta variable de la cual, de acuerdo al análisis estadístico tampoco se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 6.092$, 4g.l. $p=0.192$) entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que lo abandonaron.

Gráfica 5. Distribución de los pacientes de acuerdo a su escolaridad.



En general, de acuerdo a los resultados de la prueba Xi cuadrada no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de pacientes que completaron su tratamiento (grupo 1) y los que lo abandonaron (grupo 2) con respecto a las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad. (Ver tabla 1).

Por otro lado en cuanto al número de sesiones a las que los pacientes de ambos grupos si se encontraron diferencias significativas: En promedio, los pacientes que completaron su tratamiento asistieron a 14 sesiones; mientras que los que lo abandonaron solo asistieron a 7 ($X^2=43.667$, 18g.l. $p=0.001$).

TABLA 1. Resultados de la prueba Xi-cuadrada del nivel de significancia de las variables sociodemográficas de los pacientes

	CATEGORÍA	Xi-cuadrada		
		Valor	G.I.	Nivel de significancia
1.	Edad	24.400	22	.327
2.	Sexo	1.270	1	.260
3.	Estado civil	1.31	1	.718
4.	Ocupación	8.143	7	.320
5.	Escolaridad	6.092	4	.192

Por último se presenta a continuación el grado en el que los pacientes percibieron que las diferentes áreas de la vida fueron afectadas por el problema por el cual solicitaron atención psicológica. Estos datos se obtuvieron del formato que los pacientes mismos registraron al momento de solicitar el servicio. Como se puede observar (tabla 2) las áreas mas afectadas fueron la académica y el área de salud, en ambos casos el 44% de los pacientes indicaron que el problema había afectado bastante estas áreas. Mientras que el área menos afectada, de acuerdo con lo reportado por los sujetos fue el área sexual.

Tabla 2. Percepción del paciente sobre el grado en que el problema, por el cual solicitó atención psicológica, afectó las diferentes áreas de su vida.

AFECCIÓN EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA VIDA DEL PACIENTE				
Área	No contesto	Poco	Moderadamente	Bastante
Social	13%	25%	35%	27%
Laboral	22%	22%	23%	33%
Familiar	8%	25%	32%	35%
Sexual	18%	34%	28%	20%
Salud	12%	22%	22%	44%
Académica	18%	15%	23%	44%

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posteriormente se realizó un análisis de las respuestas que los pacientes dieron a cada uno de los reactivos del Cuestionario Motivos de Abandono del tratamiento psicológico y los resultados se muestran a continuación:

De acuerdo con los resultados arrojados por la prueba, de manera particular se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 15 de los 24 reactivos del cuestionario entre ambos grupos. En la tabla 3 se muestra el nivel de significancia de cada uno de los reactivos.

TABLA 3. Nivel de significancia de los reactivos del Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico.

	REACTIVO	Xi-cuadrada		
		Valor	G. I.	Nivel De significancia
1	Sintió que el terapeuta no lo comprendía	10.756	1	.001
2	Esperaba recibir otro tipo de terapia	13.611	1	.000
3	Usted realizó la mayoría de las actividades (75% ó +) que le asignaban en sesión	10.588	1	.001
4	Se sintió incomodo por necesitar orientación psicológica	4.320	1	.038
5	Consideró que sus problemas no eran graves	.271 71	1	.602
6	Usted contaba con los recursos económicos necesarios para asistir a las sesiones	.739	1	.390
7	El terapeuta identificó cual era su problema	25.714	1	.000
8	El tratamiento no estaba dando resultados	27.149	1	.000
9	Le era difícil aplicar en su vida cotidiana lo que veía en sesión	.601	1	.438
10	Fue criticado o se burlaron de usted por acudir con un psicólogo	.131	1	.718
11	Pensó que podía resolver sus problemas sin ayuda	4.593	1	.032
12	Presentó problemas de horario para asistir a las sesiones	5.934	1	.015
13	El terapeuta tenía la preparación suficiente para ayudarlo	5.192	1	.023
14	El tratamiento si le estaba ayudando a resolver sus problemas	16.705	1	.000
15	Le era difícil hablar de sus problemas	2.222	1	.136
16	Pensó que acudir al psicólogo era un signo de debilidad	1.667	1	.197
17	Usted consideró que era necesario acudir con un psicólogo	5.455	1	.020

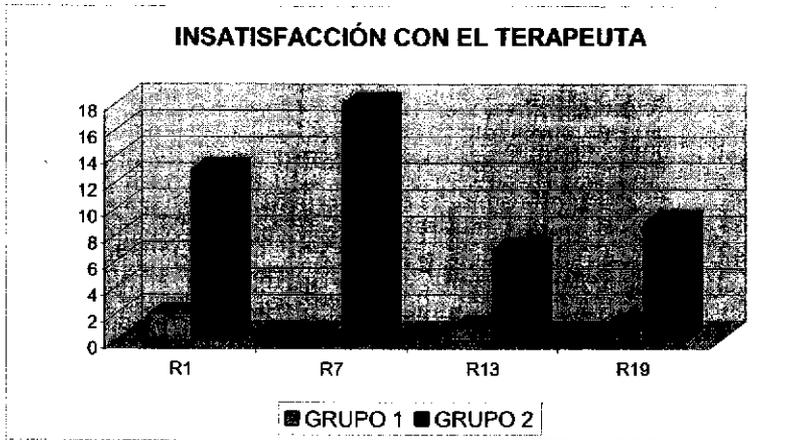
Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico

18	El consultorio le quedaba lejos	2.584	1	.108
19	Su terapeuta no le agrado	7.680	1	.006
20	El tratamiento no le estaba ayudando a sentirse mejor	16.705	1	.000
21	Usted estaba interesado en el tratamiento	4.043	1	.044
22	Le era indiferente lo que las personas pudieran pensar si usted asistía a terapia	.218	1	.640
23	Pensó que podía seguir viviendo con sus problemas	1.763	1	.184
24	Usted tenía el tiempo necesario para asistir a su terapia	4.356	1	.037

Por otra parte, el análisis estadístico, por categoría, arrojó los siguientes datos:

Se encontró diferencias entre los pacientes que abandonaron el tratamiento de los que no lo hicieron con respecto a la categoría **Insatisfacción con el terapeuta** ($X^2 = 25.929$, 4g.l. $p=0.000$). En todos los reactivos de esta categoría se encontraron diferencias significativas: *sintió que el terapeuta no lo comprendía* ($X^2 = 10.756$, 1g.l. $p=0.001$), *el terapeuta no identificó cual era su problema* ($X^2 = 25.714$, 1g.l. $p=0.000$), *el terapeuta no tenía la preparación suficiente para ayudarlo* ($X^2 = 5.192$, 1g.l. $p=0.023$), *su terapeuta no le agradó* ($X^2 = 7.680$, 1g.l. $p=0.006$). Ver gráfica 6.

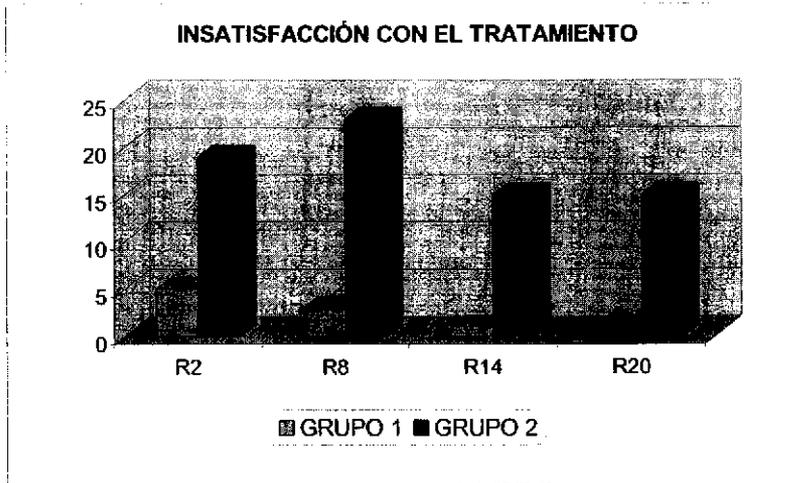
Gráfica 6. Comparación de las respuestas de los pacientes de ambos grupos a los reactivos de la categoría de Insatisfacción con el terapeuta.



- R1 = Sintió que el terapeuta no lo comprendía
- R7 = El terapeuta no identificó cual era su problema
- R13 = El terapeuta no tenía la preparación suficiente para ayudarlo
- R19 = Su terapeuta no le agradó

En la categoría de **Insatisfacción con el tratamiento** ($X^2 = 32.962$, 4g.l. $p=0.000$) también se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes. En este caso en todos los reactivos se encontraron diferencias significativas: *esperaba recibir otro tipo de terapia* ($X^2 = 13.611$, 1g.l. $p=0.000$); *el tratamiento no le estaba dando resultados*, ($X^2 = 27.149$, 1g.l. $p=0.000$); *el tratamiento no le estaba ayudando a resolver sus problemas* ($X^2 = 16.705$, 1g.l. $p=0.000$); *el tratamiento no le estaba ayudando a sentirse mejor* ($X^2 = 16.705$, 1g.l. $p=0.000$). Ver grafica 7.

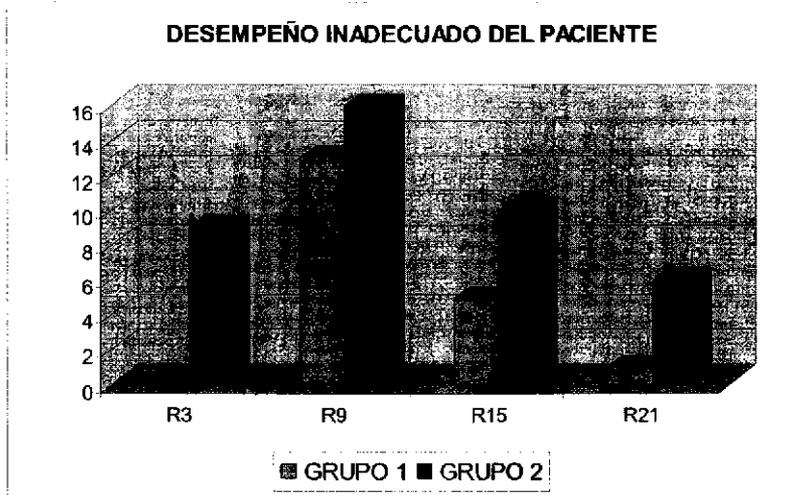
Gráfica 7. Comparación de las respuestas de los pacientes de ambos grupos a los reactivos de la categoría de Insatisfacción con el tratamiento.



- R2 = Esperaba recibir otro tipo de terapia
- R8 = El tratamiento no le estaba dando resultados
- R14 = El tratamiento no le estaba ayudando a resolver sus problemas
- R20 = El tratamiento no le estaba ayudando a sentirse mejor

Con respecto a la categoría **desempeño inadecuado del paciente** también se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes ($X^2 = 9.877$, 4g.l. $p=0.043$). Sin embargo solo encontró diferencias en dos de los reactivos que integran esta escala: *usted no realizó la mayoría de las actividades que le asignaban en sesión* ($X^2 = 10.588$, 1g.l. $p=0.001$); *usted no estaba interesado en el tratamiento* ($X^2 = 4.043$, 1g.l. $p=0.000$). Ver gráfica 8.

Gráfica 8. Comparación de las respuestas de los pacientes de ambos grupos a los reactivos de la categoría Desempeño inadecuado del paciente.



R3 = Usted no realizó la mayoría de las actividades (75% ó mas) que le asignaban en sesión

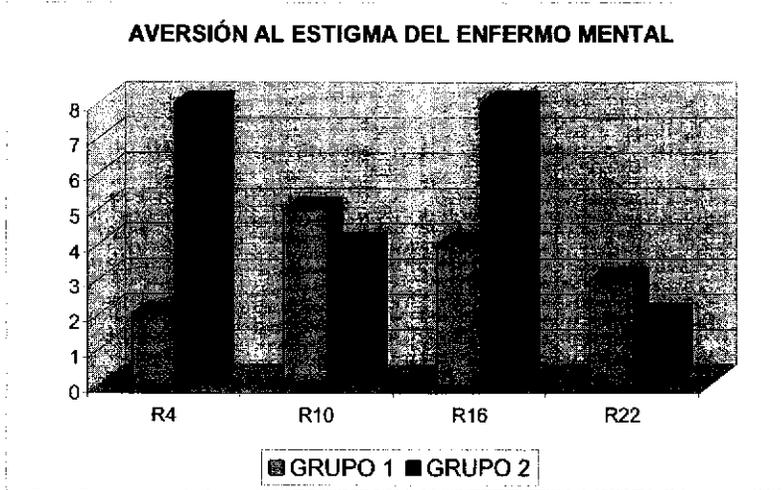
R9 = Le era difícil aplicar en su vida cotidiana lo que veía en sesión

R15 = Le era difícil hablar de sus problemas

R21 = Usted no estaba interesado en el tratamiento

En cuanto a la categoría de **aversión al estigma del enfermo mental** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en general, en las respuestas de los pacientes ($X^2=4.137$, 4g.l. $p=0.388$). Solamente en uno de los reactivos se encontraron diferencias: *se sintió incomodo por necesitar orientación psicológica* ($X^2=4.320$, 1g.l. $p=0.038$). Ver gráfica 9

Gráfica 9. Comparación de las respuestas de los pacientes de ambos grupos a los reactivos de la categoría de Aversión al estigma del enfermo mental.



R4 = Se sintió incomodo por necesitar orientación psicológica

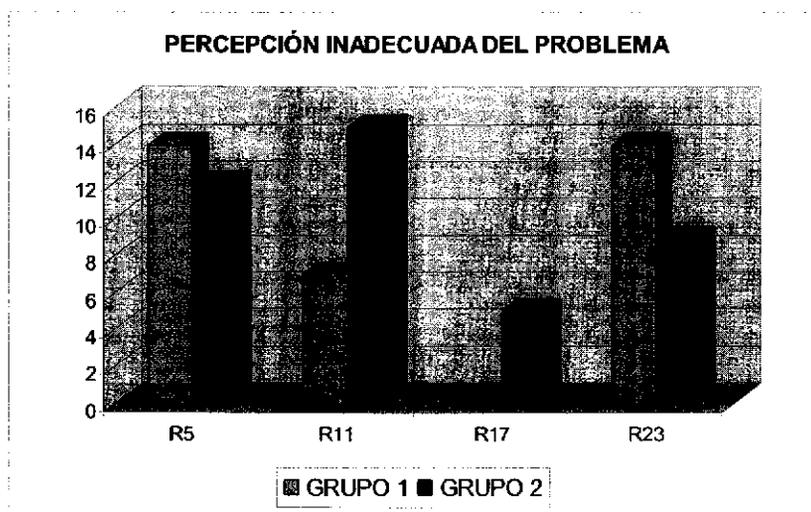
R10 = Fue criticado o se burlaron de usted por acudir con un psicólogo

R16 = Pensó que acudir al psicólogo era un signo de debilidad

R22 = No le era incomodo lo que las personas pudieran pensar si usted asistía a Terapia.

En la categoría **Percepción inadecuada del problema** tampoco se encontraron diferencias significativas ($X^2 = 7.039$, 4g.l. $p=0.134$). De los cuatro reactivos que incluye esta categoría solo en dos se encontraron diferencias: *pensó que podía resolver sus problemas sin ayuda* ($X^2 = 4.593$, 1g.l. $p=0.032$) y *usted consideró que no era necesario acudir con un psicólogo* ($X^2 = 5.455$, 1g.l. $p=0.020$). Ver gráfica 10.

Gráfica 10. Comparación de las respuestas de los pacientes de ambos grupos a los reactivos de la categoría Percepción inadecuada del problema.



R5 = Consideró que sus problemas eran graves

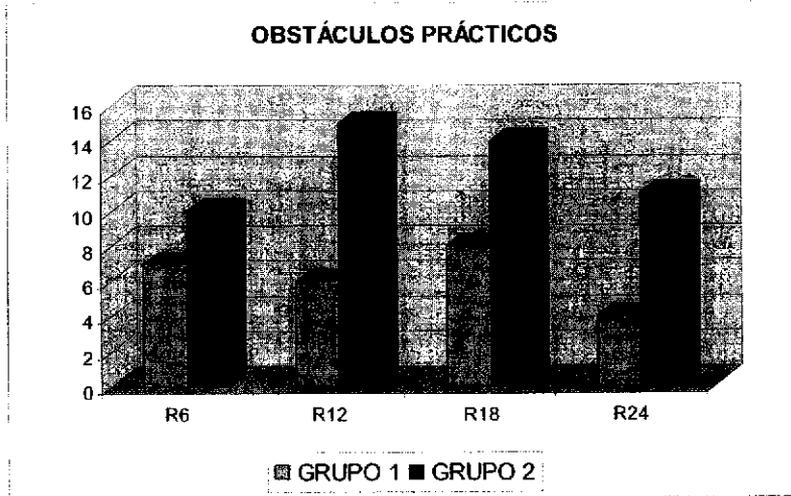
R11 = Pensó que no podía resolver sus problemas sin ayuda

R17 = Usted consideró que no era necesario acudir con un psicólogo

R23 = Pensó que podía seguir viviendo con sus problemas

Por último, en la categoría de **obstáculos prácticos** si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($X^2 = 10.569$, 4g.l. $p=0.032$) sin embargo no en todos los reactivos existieron diferencias: *presentó problemas de horario para asistir a las sesiones* ($X^2 = 5.934$, 1g.l. $p=0.15$) y *usted tenía el tiempo necesario para asistir a las sesiones* ($X^2 = 4.356$, 1g.l. $p=0.37$). Ver gráfica 11.

Gráfica 11. Comparación de las respuestas de los pacientes de ambos grupos a los reactivos de la categoría de Obstáculos prácticos.



R6 = Usted no contaba con los recursos económicos necesarios para asistir a las sesiones

R12 = Presentó problemas de horario para asistir a las sesiones

R18 = El consultorio le quedaba lejos

R24 = Usted no tenía el tiempo necesario para asistir a su terapia

En general, de acuerdo con el análisis estadístico de los resultados, se encontraron diferencias significativas en cuatro de las seis categorías del cuestionario. Tales categorías son: insatisfacción con el terapeuta, insatisfacción con el tratamiento, desempeño inadecuado del paciente, y la presencia de obstáculos prácticos. Ver tabla 4.

TABLA 4. Resultados de la prueba Xi-cuadrada del nivel de significancia del Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico por categorías.

	CATEGORÍA	Xi-cuadrada		
		Valor	G.I.	Nivel de signi- ficancia
1.	Satisfacción con el terapeuta	25.929	4	.000
2.	Satisfacción con el tratamiento	32.962	4	.000
3.	Desempeño inadecuado del paciente	9.877	4	.043
4.	Temor al estigma del enfermo mental	4.137	4	.388
5.	Percepción del problema	7.039	4	.134
6.	Obstáculos prácticos	10.569	4	.032

Datos adicionales

Como resultado de las respuestas que dieron los pacientes a las preguntas complementarias incluidas en el cuestionario se obtuvieron los siguientes datos:

Por una parte, se le pidió a los pacientes del grupo 1 que indicaran cuales serían las razones más importantes por las cuales dejarían de asistir al tratamiento, mientras que al grupo 2 se le solicitó que indicará cual había sido el motivo más importante por el cual abandonaron el tratamiento. Las respuestas fueron clasificadas de acuerdo a las mismas categorías que integran el instrumento. Los resultados a este cuestionamiento fueron los siguientes:

En el Grupo 1 las respuestas más frecuentes fueron: abandonaría el tratamiento si se presentara un obstáculo (que impidiera u obstaculizará el asistir a las sesiones), por insatisfacción con algún aspecto del terapeuta o por insatisfacción con el tratamiento. El 27% de las respuestas de los pacientes de este grupo no correspondía a ninguna de las categorías, por lo cual se incluyeron en dos categorías diferentes: abandonaría el tratamiento "si se sintiese mejor" y "no abandonaría el tratamiento".

En el Grupo 2 las respuestas más frecuentes fueron las siguientes: abandonó por estar insatisfecho con algún aspecto del tratamiento, presentó obstáculos prácticos que le impidieron continuar asistiendo a las sesiones, estar insatisfecho con algún aspecto del terapeuta y presentar una percepción inadecuada del problema.

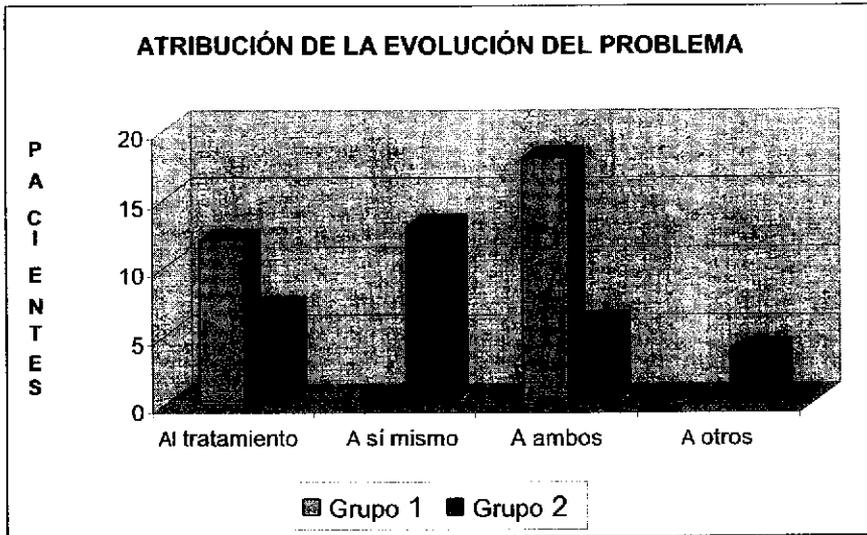
El análisis de los resultados reflejaron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 12.249$, 7g.l. $p = 0.047$) entre las respuestas del Grupo 1 y el Grupo 2. En la siguiente gráfica se puede apreciar la forma en la que se distribuyeron las respuestas de los pacientes.

que abandonaron el tratamiento y los que fueron dados de alta ($X^2 = 18.455$, 3g.l. $p=0.005$).

También se les preguntó a los pacientes a que le atribuían los cambios observados (positivos o negativos) en la evolución de su problema. Los resultados fueron los siguientes: la mayor parte de los pacientes del grupo 1 consideró que los cambios eran resultado, en primer instancia, de una combinación de la participación entre el tratamiento y el paciente mismo, los pacientes restantes consideraron que los resultados se debían únicamente al tratamiento.

Los pacientes del grupo 2 atribuyeron los cambios observados, tanto positivos como negativos en primer lugar a ellos mismos, en segundo lugar atribuyeron los resultados al tratamiento, posteriormente a ambos (paciente y tratamiento) y en último lugar a otros factores (ver gráfica 14). El análisis de los resultados también reflejó diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas que dieron los pacientes de ambos grupos ($X^2 = 24.316$, 3g.l. $p=0.000$).

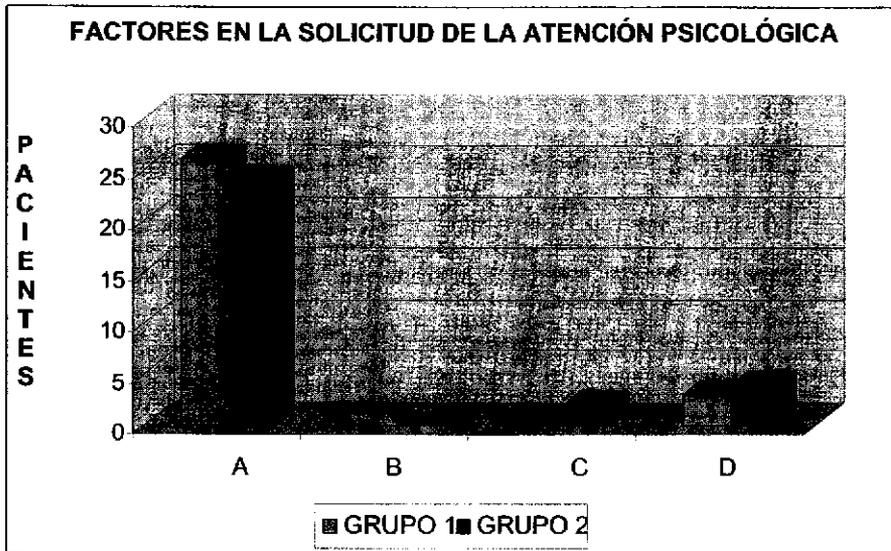
Gráfica 14. Distribución de la atribución de la evolución del problema.



Por otra parte, se les pidió a los pacientes que indicaran cuales habían sido los factores por los que decidieron solicitar atención psicológica. La mayor parte de ellos indicó que solicito atención psicológica por decisión propia (83%). El resto acudió por recomendación de amigos o familiares, por recomendación de su escuela o trabajo o por recomendación de alguna institución o de algún médico.

En la gráfica 15 se puede apreciar que no existieron diferencias importantes respecto a distribución las respuestas que dieron ambos grupos de pacientes. El análisis estadístico tampoco reflejó diferencias significativas ($X^2 = 3.223$, g.l. $p=0.359$).

Gráfica 15. Distribución de los factores que influyeron en la decisión de solicitar atención psicológica.



A= Decisión propia, B= Solicitud de la escuela o trabajo, C= Recomendación de alguna institución o médico, D= Recomendación de familiares o amigos

Por último, un dato adicional encontrado durante la aplicación del cuestionario que resulta interesante es el siguiente: 10 pacientes, todos ellos pertenecientes al grupo que abandonó el tratamiento, expresó de manera espontánea el deseo de continuar con su tratamiento psicológico. Esto representa el 33% de sujetos que abandonó su tratamiento.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con el análisis de los resultados obtenidos se tiene lo siguiente:

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y los que fueron dados de alta con respecto a sus características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación o escolaridad). Esto permite rechazar, al menos en esta investigación, la hipótesis que supone que las características sociodemográficas de los pacientes que abandonan el tratamiento son diferentes a las de los pacientes que son dados de alta. Lo anterior coincide con los resultados obtenidos por Baekeland y Lundwall (1975); Oei y Kazmierczak (1997); Krauskopf, Baumgardner y Mandracchia (1981).

Con respecto al análisis estadístico de los resultados de la aplicación del instrumento se tiene lo siguiente.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que abandonaron el tratamiento de los que no lo hicieron con respecto a la *insatisfacción con el terapeuta*. Lo anterior coincide con lo señalado por otras investigaciones (Krauskopf, et al. 1981; Tracey, 1986; Duehn y Proctor, 1977; Buela-Casal y Sierra, 2001; Epperson, et. al. 1983; Garfield, 1979, Curtis, 1981)

También se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a la variable de *insatisfacción con el tratamiento*. Esto concuerda con lo señalado con otros autores (Saucedo et. al. 1997) que sugieren que uno de los motivos más importantes por los cuales los pacientes abandonan su tratamiento es el no observar resultados. También se ajusta a lo señalado por Baumann y Perrez, (1994) quienes sugieren que las expectativas que el paciente tiene acerca de la terapia, también influyen en el proceso terapéutico. Además coincide con lo señalado por Hynan (1996) quien encontró que los pacientes que abandonaron el tratamiento dejaron de asistir a las sesiones por insatisfacción con los servicios más frecuentemente que los pacientes que completaron el tratamiento.

Con respecto a los reactivos que miden el *desempeño del paciente* se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Lo anterior coincide con la literatura, en cual se hecho énfasis de la importancia que tiene la participación del paciente en el tratamiento así como de lo relevante que es su motivación o disposición (Baekeland y Lundwall, 1975; Cartwright, Lloyd, y Wicklund, 1980).

Por otro lado no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la variable de *aversión al estigma del enfermo mental*. Esto no coincide con los datos existentes (Berenzon, 2003; Medina, et. al., 2003,

García 1996). No obstante, aparentemente, aun persiste cierta incomodidad en los pacientes por el hecho de recibir un tratamiento psicológico.

No se encontraron diferencias importantes con respecto a la *forma en la que el paciente percibe su problema* en general sin embargo si se encontraron diferencias en dos de los reactivos que mide esta categoría: considerar que no era necesario solicitar ayuda psicológica y que podía resolver los problemas por si mismo. Lo cual se concuerda con el Modelo de creencias sobre la salud de Becker y Maiman (citado en Morales, 1999) y con Parra (1987) que sugieren que la forma en la que se percibe la enfermedad es determinante en la manera en la que el paciente actuará para resolverlos.

En cuanto a los *obstáculos prácticos* que pueden interferir o dificultar que el paciente asista a sus sesiones, en general si se encontraron diferencias significativas aunque solo en dos ellos se encontraron diferencias. Estos dos reactivos se relacionan con los problemas de horario. Lo anterior coincide con lo encontrado por otros estudios (Velásquez et. al. 2000, Saucedo et. al. 1997, Ramírez del Corral, 1996).

Por otro lado las cuestiones económicas o la lejanía del lugar donde los pacientes solicitaron la atención psicológica no diferenciaron a los pacientes que abandonaron el tratamiento de los que lo concluyeron de forma adecuada. Esto no concuerda con lo encontrado en los mismos estudios donde los problemas económicos y la distancia del consultorio se relacionaron

frecuentemente con el abandono. (Velásquez et al. 2000, Saucedo et al. 1997, Ramírez del Corral, 1996).

No obstante, esto no implica que en otros casos estas variables no influyan de manera relevante, al menos, con respecto a las cuestiones de carácter económico, pues en este estudio la cuota que los pacientes pagaban por el servicio era considerablemente baja (un poco más de un salario mínimo por sesión); mientras que en otros casos puede no ser de la misma forma (particularmente en la terapia privada donde el costo normalmente es mucho mayor).

Con respecto a los datos arrojados por las preguntas adicionales incluidas en el instrumento se tiene lo siguiente.

Los pacientes que completaron el tratamiento indicaron que el motivo más importante por el cual dejarían de asistir a las sesiones fueron: *los obstáculos prácticos, sentirse mejor, la insatisfacción con el terapeuta, la insatisfacción con el tratamiento y no abandonaría*, lo cual es consistente en algunos aspectos con otras investigaciones y con la literatura (Saucedo, et. al.; Velásquez, et al 2000, Buena-Casal y Sierra, 2001; Garfield, 1979). Las respuestas de los pacientes que abandonaron el tratamiento no fueron muy diferentes, sin embargo hay algunos datos que es importante señalar: Los pacientes que abandonaron el tratamiento, en ninguno de los casos indicaron que dejaron de asistir a las sesiones por "sentirse mejor". Probablemente este

resultado se deba al carácter confidencial y anónimo de la entrevista. No obstante esto solo es una hipótesis.

Además el hecho de que algunos de los pacientes que completaron el tratamiento hayan señalado que "no abandonarían" puede interpretarse probablemente como un signo de confianza plena en el tratamiento y/o en el terapeuta.

Por otra parte, los pacientes que completaron el tratamiento percibieron una mejoría de su problema mas frecuentemente que los pacientes que lo abandonaron y la diferencia entre los grupos resultó estadísticamente significativa. No obstante, los pacientes que abandonaron el tratamiento también percibieron una mejoría, aunque menor, de su problemática. Lo anterior es consistente con lo señalado por la literatura (Phares, 1999; Pekarik, 1983a; Pekarik, 1983b).

La totalidad de los pacientes que completo el tratamiento atribuyó los resultados obtenidos al tratamiento o a una combinación de la participación del paciente mismo y el tratamiento. Lo anterior podría considerarse también como un indicador de satisfacción con el tratamiento así como de su efectividad ya que todos ellos indicaron que el problema por el que solicitaron atención psicológica se mejoró o se resolvió totalmente.

Por último, en cuanto al tipo de factores por los cuales los pacientes decidieron solicitar atención psicológica, no se encontraron diferencias significativas entre

ambos grupos de pacientes. Lo cual podría implicar que no importa si acude por decisión propia o por recomendación de terceros. Sin embargo esto no se puede afirmar terminantemente dado que la gran mayoría de los pacientes indicaron que solicitaron atención psicológica por decisión propia.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de los análisis realizados se puede concluir que el "Cuestionario Motivos de Abandono del Tratamiento Psicológico" diseñado y elaborado en la presente investigación es un instrumento confiable y válido, sensible a las variables que intervienen en el abandono del tratamiento psicológico.

Con respecto a los resultados de la aplicación del instrumento, en general, lo que se puede concluir lo siguiente:

Se encontraron diferencias importantes entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que lo abandonaron con respecto a cuatro variables: *la insatisfacción que puede presentar el paciente con el terapeuta, la insatisfacción con el tratamiento, el desempeño inadecuado del propio paciente y la presencia de obstáculos prácticos*. Dado lo anterior se puede considerar que existe una relación importante entre estas variables y el abandono del tratamiento psicológico.

No se encontraron diferencias importantes entre ambos grupos de pacientes con respecto a sus variables sociodemográficas: *edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad*.

Aportaciones

Posiblemente una de las aportaciones más importantes de esta investigación consistió en el hecho de haber desarrollado un instrumento válido y confiable sensible a las variables que intervienen en el abandono del tratamiento psicológico, ya que no se tienen antecedentes de un instrumento similar en el país, según la revisión de la literatura.

Por otra parte el instrumento desarrollado en la presente investigación pretende ser una herramienta que sea utilizada, en especial, a nivel institucional. El llevar a cabo lo anterior podría ayudar a realizar un diagnóstico de las causas de abandono que se presentan en cada institución en particular e instrumentar algún procedimiento que permita reducir este problema (modificación o revisión de programas de tratamiento, mayor supervisión capacitación y retroalimentación de los terapeutas, impartición de programas de inducción al tratamiento a los pacientes, etc.). Esto, muy probablemente, implicaría la reducción de los problemas que se han asociado con el abandono: disminución de las pérdidas de recursos humanos y económicos, menores efectos negativos en los terapeutas y principalmente, se incrementarían los beneficios que obtienen los pacientes del tratamiento psicológico que reciben.

Una aportación más consiste en que este instrumento es un antecedente que en el futuro puede ser retomada por otras investigaciones con la finalidad de

mejorarlo o ser utilizado como referencia para el desarrollo de otros instrumentos.

Por último, una aportación más de la presente investigación son los resultados mismos obtenidos de la aplicación del instrumento en cuestión los cuales pueden ayudar a comprender mejor el problema del abandono del tratamiento y las variables que intervienen en él.

Limitaciones

Una de las limitaciones de la investigación se relaciona con el criterio utilizado para definir el abandono del tratamiento psicológico (se consideró que existió abandono cuando el paciente dejó de asistir a las sesiones de forma unilateral) y esto podría implicar la inclusión tanto de pacientes sintomáticos como asintomáticos. Lo anterior es una limitación ya que podría influir en los resultados mismos de la investigación (Wierbicki & Pekarik, 1993; Pekarik, 1985; Garfield, 1979)

Otra limitación de este estudio proviene del hecho de que una parte importante de los sujetos a los que se aplicó el cuestionario pertenecía a una población universitaria, la cual tiene características muy particulares, y que no permite que se puedan generalizar los resultados a otras poblaciones.

Además las características particulares de esta población podrían haber influido de alguna manera en los resultados. Un ejemplo de esto es la probabilidad de que el alto nivel de escolaridad propio de esta población haya

influido en el temor que puede presentarse o no en una persona de ser estigmatizada como un enfermo mental y que por esta misma preparación haya sido menor que en otras poblaciones.

Otra limitación de la presente investigación fue la restricción en el control que se tuvo de las variables del terapeuta (grado de experiencia e igualdad en el número de casos atendidos por cada terapeuta) lo cual podría influir en los resultados de la investigación.

Sugerencias

Las recomendaciones para futuras investigaciones son las siguientes:

Se recomienda aplicar el instrumento elaborado en poblaciones distintas a la utilizada en el presente estudio con el objetivo de medir si existe alguna diferencia en la influencia que en ellas tienen las diferentes variables analizadas.

También se sugiere aplicar este instrumento a pacientes con tratamientos de distintos enfoques psicológicos, lo cual podría arrojar otros datos que ayuden a comprender el abandono del tratamiento.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)
- Anderson, T. R., Hogg, J. A., y Magoon, T. M. (1987). Length of time on a waiting list and attrition after intake. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 93-95.
- Baekeland, F., y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Baumann, U. y Perrez, M. (1994). Manual de Psicología Clínica. Barcelona España.: Herder.
- Berenzon, S. (2003). La medicina tradicional urbana como recurso para el tratamiento de problemas de salud mental. Tesis para obtener el grado de doctor en psicología. Facultad de Psicología, México D. F.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. C. (2001) Manual de Evaluación y tratamientos psicológicos. España.: Editorial Biblioteca Nueva.
- Cartwright, R., Lloyd, S., y Wicklund, J. (1980). Identifying early dropouts from psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 17, 263-267.

- Curtis J. M. (1981). Determinants of the therapeutic bond: How to engage patients. *Psychological Reports* 49, 415-419.
- DuBrin, J. y Zastowny, T. (1988). Predicting early attrition for psychotherapy: An analysis of a large private-practice cohort. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 25, 3, 393-408.
- Duehn, W. y Proctor, E. (1977). Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*. 47, 2, 284-290.
- Epperson, D., Bushway, D., y Warman, R. (1983). Client self-termination after one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender and counselor experience. *Journal of Counseling Psychology* 30, 3, 307-315
- García, S. (1996). Creencias sobre el enfermo mental. *La Psicología Social en México*, Vol. VI, 212-218.
- García, S. y Andrade, P., (1994). El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad menta. *Salud mental*, 17, 1, 32-44.
- Garfield, S., (1977). Comments. A note in the confounding of personality and social class characteristics in research on premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45 (3), 483-485.

- Garfield, S., (1979). *Psicología Clínica. El estudio de la personalidad y la conducta.* (Rivera, P. Trad.) México.: El Manual Moderno (Trabajo original publicado en 1974).
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* 27, 2 143-153
- Gutiérrez-Ávila, J. H., y Barilar-Romero, E., (1986). Morbilidad psiquiatría en el primer nivel de atención en la Ciudad de México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 101, 6, 648-657.
- Heilbrun, A. B. (1982). Cognitive factors in early counseling termination: Social insight and level of defensiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 251-260.
- Hynan, D. (1996). Client reasons and experiences in treatment that influence termination of psychotherapy. *Journal of Community Psychology*. 46, 6, 891-895.
- Hunt, C. y Andrews, G. (1992). Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Act Psychiatry Scand* 85, 275-278.
- Jurado, M. (2002). La utilidad del MMPI-2 en la detección del rechazo al tratamiento psicoterapéutico. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Krauskopf, C. J., Baumgardner, A. y Mandracchia, S. (1981). Return rate following intake revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 6, 519-521.
- Lambert, R. G., y Lambert, M. J. (1984). The effects of a role preparation for psychotherapy on immigrant clients seeking mental health service in Hawaii. *Journal of Community Psychology*, 12 263-275.
- Lawe, C. F., Home, A. M., y Taylor, S. V. (1983). Effects of pretraining procedures for clients in counseling. *Psychotherapy Reports*, 53, 327-334.
- Lebow, J., (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*. 91(2), 244-259.
- Levinson, P., McMurray, L., Podell, P., y Weiner, H., (1978). Causes for the premature interruption of psychotherapy by private practice patients. *American Journal Psychiatry* 135: 7.
- Lorentzen Gordillo, I. J. (1986). Descripción evaluatoria del trabajo realizado el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U. N. A. M., durante el primer año de servicio (periodo comprendido del 1° de agosto de 1981 al 1° de agosto de 1982). Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

McNeill, B. W., May, R. J. y Lee, V. E. (1987). Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminators. *Journal of Counseling Psychology* 34, 1, 86-89.

Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjel, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., y Aguilar-Gaxiola, S., (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26, 4, 1-16.

Morales, J. F. (1999). *Psicología social*. España.: Mc Graw Hill.

Oei, T. P. S., y Kazmierczak, T. (1997). Shorter communications. Factors associated with dropout in a group cognitive behavior therapy for mood disorders. *Behavior Research Therapy*. 35, 11, 1025-1030.

OMS, 2001. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. (Comunicado de prensa). Recuperado el 25 de agosto del 2004 de http://www.who.int/whr2001/2001/main/sp/pd.f/PR_sp.pdf

Discapacidad y enfermedades mentales: cinco de diez causas de discapacidad son enfermedades mentales dijo la OMS (Organización Mundial de la Salud). (s. f.). Recuperado el 4 de enero del 2005 de <http://www.integrando.org.ar/datosdeinteres/discapacidad.htm>

Advertencia de la OMS sobre las enfermedades mentales. (s. f.). Recuperado el 4 de enero del 2005 de <http://www.sexovida.com/psiquiatria/oms.htm>

Pekarik, G., (1983a). Follow-up adjustment of outpatients dropouts. *American Journal Orthopsychiatry*. 53 (3), 501-511.

Pekarik, G., (1983b). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*. 39, 6, 909-913.

Pekarik, G., (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. 22, 87-91

Pekarik, G., (1988). Relation of counselor identification of client problem description to continuance in a behavioral weight loss program. *Journal of Counseling Psychology*. 35, 1, 66-70.

Peréz, A. (1981). *Psicología Clínica: Problemas Fundamentales*. México.: Trillas.

Phares, E. J. & Trull T. J. (1999) *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica*. (2ª ed.) (Padilla, G. trad.). México.: El Manual Moderno (trabajo original publicado en 1997).

Ramírez del Corral, M. P. (1996). Factores institucionales que caracterizan al paciente deprimido que abandona el tratamiento en la conducta

especializada. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Ries, B. F., y Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy* 36, 2, 123-136.

Saucedo, M. E., Cortés, M. E., Salinas, F. y Berlanga, C. (1997). Frecuencia y causas de deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, V, 20, 13-18.

Tracey, T. (1986) Interactional correlates of premature termination. *Journal of consulting and clinical psychology* 54,6, 784-788.

Velásquez, A., Sánchez, J., Lara, M. y Senties, H. (2000). El abandono de tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*. 18 (12): 316-340.

Wierzbicki, M., y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology. Research and Practice*, 24, 190-195.

APÉNDICE A

CUESTIONARIO
MOTIVOS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Buenos días, mi nombre es (nombre y apellido del entrevistador) le estoy llamando del Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología, donde usted acudió a solicitar servicio.

El motivo de la llamada es para conocer su opinión acerca del servicio que recibió. Para ello le agradeceremos nos permita unos minutos de su atención para hacerle una entrevista. Las respuestas que usted dé serán totalmente anónimas y confidenciales. Es importante que conteste con la mayor sinceridad posible ya que eso permitirá mejorar la atención proporcionada.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

I	Edad	
II	Sexo	(1) Masculino (2) Femenino
III	E. civ.	(1) Soltero (2) Casado
IV	Ocup.	(1) Estudiante (2) Empleado (3) Comerciante (4) Profesionista (5) Jubilado (6) Desempleado (7) Hogar (8) Oficio
V	Esc.	(1) Primaria (2) Secundaria (3) Bachillerato (4) Licenciatura (5) Posgrado
VI	Número de sesiones a las que asistió	

INSTRUCCIONES: A continuación le mencionare una lista de enunciados relacionados con el servicio psicológico que recibió. Dígame si esta de acuerdo o en desacuerdo con la situación que se menciona en cada uno de los enunciados.

	En algún momento...		
1	Sintió que el terapeuta no lo comprendía	C	F
2	Esperaba recibir otro tipo de terapia	C	F
3	Usted realizó la mayoría de las actividades (75% ó mas) que le asignaban en sesión	C	F
4	Se sintió incomodo por necesitar orientación psicológica	C	F
5	Considero que sus problemas no eran graves	C	F
6	Usted contaba con los recursos económicos necesarios para asistir a las sesiones	C	F
7	El terapeuta identificó cual era su problema	C	F
8	El tratamiento no le estaba dando resultados	C	F
9	Le era difícil aplicar en su vida cotidiana lo que veía en sesión	C	F
10	Fue criticado o se burlaron de usted por acudir con un psicólogo	C	F
11	Pensó que no podía resolver sus problemas sin ayuda	C	F
12	Presentó problemas de horario para asistir a las sesiones	C	F
13	El terapeuta tenía la preparación suficiente para ayudarlo	C	F
14	El tratamiento si le estaba ayudando a resolver sus problemas	C	F
15	Le era difícil hablar de sus problemas	C	F
16	Pensó que acudir al psicólogo era un signo de debilidad	C	F
17	Usted considero que era necesario acudir con un psicólogo	C	F
18	El consultorio le quedaba lejos	C	F

19	Su terapeuta no le agradó	C	F
20	El tratamiento no le estaba ayudando a sentirse mejor	C	F
21	Usted estaba interesado en el tratamiento	C	F
22	Le era indiferente lo que las personas pudieran pensar si usted asistía a terapia	C	F
23	Pensó que podía seguir viviendo con sus problemas	C	F
24	Usted tenía el tiempo necesario para asistir a su terapia	C	F

Por último, dígame si....

a. ¿Cuál fue el motivo ó razón más importante por la cual dejo de asistir?

d. El problema por el cual solicito servicio:

- 1) Se resolvió totalmente 2) Mejoró 3) Sigue igual 4) Empeoró

e. A qué se lo atribuye?

- 1) Al tratamiento 2) A sí mismo 3) A ambos 4) A otros factores

g. Usted acudió a solicitar atención psicológica por:

- 1) Decisión propia
 2) Solicitud de su escuela o trabajo
 3) Recomendación de institución o un medico
 4) Recomendación de amigos o familiares

TERAPEUTA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy de acuerdo en colaborar en el estudio "Motivos de abandono del tratamiento psicológico". Acepto que los resultados de la investigación sean publicados siempre y cuando la información sea anónima de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna. Entiendo que todos los datos que se obtengan solo serán utilizados con fines estadísticos. He sido informado y estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Dar acceso a los expedientes de los pacientes que he atendido durante el periodo comprendido del mes de enero del 2003 al mes de septiembre del 2004.
- Autorizo que estos pacientes sean contactados vía telefónica y les sea aplicado el cuestionario "Motivos de abandono del tratamiento psicológico".
- Los datos que surjan de este estudio serán empleados con fines estadísticos y serán totalmente anónimos y confidenciales.
- De ninguna forma se hará pública la identidad de las personas que participen en ella.
- Puedo expresar libremente cualquier inconformidad o sugerencia sobre este estudio.

Responsable del estudio

Nombre y firma del terapeuta