



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**LA PRIMERA ENTREVISTA Y SU RELACIÓN CON LA
ASISTENCIA DE LOS PACIENTES A LAS SESIONES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
COMITÉ: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
DRA. MARÍA ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA
DRA. ISABEL REYES LAGUNES
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
DRA. SHOSHANA BERENZON GORN
DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

MÉXICO, D.F.

2007



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.

Dedicatorias y Agradecimientos

A mi tutor, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por tu tolerancia y paciencia pero sobre todo por tu constante apoyo a lo largo de estos años académicos.

A mi comité tutorial, gracias a ustedes he logrado superarme profesionalmente.

A Graciela, sin tu apoyo y compañía el doctorado habría sido más difícil.

A Raúl Alcázar Torres y Rosa María Olán Pérez, mis padres, el temple con el que ustedes me formaron fue clave para que yo lograra concluir esta etapa.

A mis hermanos Javier y Julio, los quiero porque forman parte de mis mejores alegrías.

A Manolo y Margarita, me enorgullece que estemos en la misma familia.

A todas las personas que me brindaron su tiempo y amistad lo cual permitió mejorar mi trabajo: Clara Fleiz, Ana Fresán, Pío, Luis Sánchez, Mayra Vega, Sonia Meave y Ruggero, Marco y Danira, Navo, Julieta Wilson, Miguel Chávez, David Reyes, Beatriz Vázquez, Alejandro González, Octaviano, Flor Erari, Flor Hernández Arellano, Raúl Rojas, Jorge Pérez, Carlos Becerra, Georgina García, Marcela Tiburcio, Lisabeth Carlisle, Pablo Peñafiel, Marali, Arturo García, Arturo del Castillo, Lourdes Monroy, Verónica Higuera, Quetzalcoatl, Francisco Juárez, Silvia morales, Alicia Chaparro, Georgel.

A los corredores de Puebla con quienes compartí mis ideas y pasé buenos momentos haciendo ejercicio: Manolo García, Javier Cortina, Gelasio Alcázar, Gerardo Reyes, José Galván, Benjamín, Lic. Theissier, Víctor, Vicente.

A los integrantes del Servicio de Medicina Conductual y a su coordinadora: Rebeca Sánchez, Nelly, Gina, Betsabé, Edith Rodríguez, Carmen, Elizabeth, Janneth, Jonnathan, Andrés Jaimes, Naara, Gustavo, Nancy, Tere, Lety, Raquel, Osvaldo, Soledad.

A mis amigos scouts del grupo 23 de Puebla: Héctor Linares, Elizabeth, Víctor Hugo Hernández, José Pablo Parra, Héctor González, Ricardo y Daniel, Carlos B., Humberto y Don Ciro.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
La asistencia de los pacientes a las sesiones con el terapeuta: revisión del tema	5
Variables relacionadas con la asistencia de los pacientes a las sesiones	5
La asistencia de los pacientes a las sesiones: Panorama en México	30
Elección de un modelo para estudiar la asistencia de los pacientes a las sesiones: Investigación de resultados en psicoterapia	38
La primera entrevista para terapia	46
El impacto de la primera entrevista en la asistencia subsecuente de los pacientes	51
Conclusiones	57
Estudio 1. La primera entrevista y la asistencia a la segunda sesión con el terapeuta: Estudio sobre percepción y observación.	60
Primera parte: La percepción paciente terapeuta y la asistencia a la segunda sesión.	60
Objetivos	61
Planteamiento del problema	61
Hipótesis	61
Diseño	61
Método	61
Participantes	61
Instrumentos	63
Procedimiento	64
Resultados	66
Discusión	68
Limitaciones	69
Segunda parte. Metodología observacional, interacción inicial y la asistencia a la segunda sesión.	71
Objetivos	71
Planteamiento del problema	71
Diseño	71
Hipótesis	72
Método	72
Participantes	72
Instrumentos	73
Procedimiento	74
Resultados	76
Discusión	87
Limitaciones	88

Estudio 2. Expectativas cumplidas en los pacientes, características de los terapeutas y razones para asistir a dos o más sesiones	89
Objetivos	90
Planteamiento del problema	90
Diseño	90
Método	91
Participantes	91
Instrumentos	92
Procedimiento	93
Resultados	94
Discusión	104
Limitaciones	106
Estudio 3. Percepción del paciente hacia el terapeuta, expectativas, variables del contexto y su relación con la asistencia a dos o más sesiones	108
Planteamiento del problema	109
Justificación	113
Objetivos	114
Hipótesis	115
Diseño de la investigación	116
Variables	116
Definición de variables	117
Participantes	119
Muestreo	120
Instrumentos	121
Procedimiento	123
Resultados	125
Discusión	139
Limitaciones	145
Recomendaciones para que asistan los pacientes y sugerencias de futura investigación	148
Referencias	157
Apéndice 1. Creación de escalas de percepción para el estudio 1:	168
Escala de percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta	168
Escala de percepción de agrado del terapeuta hacia el Paciente	177
Apéndice 2. Creación de escalas para el estudio 3:	185
Escala de Percepción del paciente hacia el terapeuta	185
Escala para medir expectativas del paciente	201

RESUMEN

Es frecuente que los pacientes dejen de asistir con su psicoterapeuta, especialmente después de las primeras sesiones. Ante esta situación se formuló el siguiente problema: ¿qué variables se relacionan con la asistencia de los pacientes a las sesiones? Para responder esta pregunta se llevaron a cabo tres estudios. En el primero se investigó: A) la percepción paciente-terapeuta con 41 casos de primera entrevista y B) la interacción verbal entre cuatro pacientes y sus terapeutas. En el segundo estudio se exploró si el cumplimiento de las expectativas de 39 pacientes se relacionó con regresar después de la primera entrevista. De igual forma, se preguntó a los pacientes por qué no regresaron después de la primera entrevista y qué características observaron en sus terapeutas. En el tercer estudio se investigó el cumplimiento de las expectativas de 133 pacientes, qué características percibieron en sus terapeutas y variables del contexto (por ej. tiempo de traslado al consultorio). Los resultados aportaron evidencia moderada de que los pacientes no regresan después de la primera entrevista cuando: percibieron características negativas en sus terapeutas (inexperto, desagradable, desconfiable) y sus expectativas no se cumplieron (no se sintieron en confianza, estuvieron incómodos, intranquilos, no resolvieron sus dudas, no tuvieron otra perspectiva de los problemas). Aquellos que no regresaron ya habían estado con varios psicoterapeutas anteriormente. No se relacionó con la asistencia: el tiempo de traslado al consultorio, costo económico de la consulta, dificultad en salirse del trabajo/escuela para ir a la consulta ni la pertenencia a alguna religión.

Palabras clave: percepción, expectativas, abandono, asistencia, relación paciente terapeuta, entrevista.

Raúl José Alcázar Olán, e-mail: rulet7@hotmail.com, rulet7@gmail.com

ABSTRACT

Patients frequently do not attend their therapist's appointments and this drop-out is more common after the first session. With this problem the next question raised: ¿Which variables are related to patients' attendance to appointments? To find answers three studies were made: Firstly, Patient-therapist perception with 41 cases of first interview and the verbal interaction among four patients and their therapists were investigated. Secondly, the fulfillment of 39 patients' expectations with regard to returning after the first interview was analyzed. Also, patients were questioned why they did not return after the first interview and what qualities they perceived in their therapists. Thirdly, fulfillment of 133 patients' expectations, therapists' qualities and context variables (for example, time to commute to the consulting room) were investigated. Results showed moderately that patients do not return after the first interview when: they perceived negative qualities in their therapists (inexpert, not attractive, not reliable), and their expectations were not fulfilled (they felt they could not trust their therapists, they did not resolve their doubts and they did not have other perspective to their problems). Those who did not return had already been with many therapists previously. Time to commute to the consulting room, financial cost of the session, problems to go out of the job/school to go to the session, being member of a religious group were not related to returning after the first interview.

Key words: perception, expectations, drop-out, attendance, patient therapist relation, interview.

Raúl José Alcázar Olán, e-mail: rulet7@hotmail.com, rulet7@gmail.com

Introducción

La presencia de los trastornos mentales en la población se relaciona con un deterioro en la calidad de vida, ausentismo laboral y problemas de interacción con personas significativas. Los trastornos mentales son frecuentes como puede observarse en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina Mora et al, 2003) en la cual se informa que el 28.6% de la población adulta presenta alguna vez en su vida alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); los trastornos que predominan son los de ansiedad (14.3%), el abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Es necesario atender las necesidades de la población para disminuir la presencia y gravedad de estos trastornos. Sin embargo, en términos reales, los resultados de la misma encuesta indican que del 28.6% sólo el 10-20% recibe atención para el trastorno. En el caso específico de los pacientes que buscan atención psicológica, éstos se presentan a sólo tres sesiones en promedio, mientras que con los sacerdotes la población asiste cuatro ocasiones en promedio (Fleiz, 2003). Tres sesiones son insuficientes para obtener el mayor beneficio de la psicoterapia si se considera que generalmente los efectos del tratamiento se alcanzan cuando se logran al menos de 8 a 12 sesiones (Steenbarger, 1994); el 50% de los pacientes mejoran en la sesión 8 y el 75% mejora cuando se alcanzan 26 sesiones (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986). Es decir, a mayor número de sesiones corresponde mayor beneficio del tratamiento (Seligman, 1995). Si este requisito no se cumple en la mayoría de la población, se corre el riesgo de no estar obteniendo un buen resultado terapéutico. Además, los que dejan de asistir al tratamiento de forma temprana (después de una o dos sesiones) no mejoran sintomáticamente (Pekarik 1983a, 1983b, 1992b).

Es frecuente que los pacientes se presenten a una sola sesión y después no regresen; la mayoría que abandona lo hace en las primeras sesiones (Baekeland & Ludwall, 1975). La inasistencia de los pacientes es un fenómeno constante en distintas clínicas de atención psicológica a nivel internacional (Mennicke, Lent & Burgoyne, 1988; Wierzbicki & Pekarik, 1993) y en México también hay informes de este problema (Fleiz, 2003; Jaimes, 2005;

Jurado, 2002; Lorentzen, 1986; Ramírez del Corral, 1996; Velázquez, Sánchez, Lara & Sentfies, 2000).

El ausentismo de los pacientes puede causar problemas en el terapeuta dado que éste se ve afectado emocionalmente y prefiere no hablar de dichos pacientes (Mozgai, 1985).

Ante este problema cabe preguntarse: ¿a qué se debe que la gente, una vez que buscó ayuda terapéutica, deje de asistir después del contacto inicial con el terapeuta? ¿qué variables se relacionan con la asistencia a las citas por parte de los pacientes?

Es difícil encontrar respuestas que expliquen a qué se debe que algunos pacientes asistan una sola ocasión con el terapeuta mientras que otros asisten dos o más ocasiones. De hecho, existen diversas variables que se relacionan con la asistencia a las sesiones. De acuerdo con investigaciones realizadas fuera de México (Kokotovic & Tracey, 1986; Krauskopf, Baumgardner, & Mandracchia, 1981; Mohl, Martinez, Ticknor, Huang, & Cordell, 1991; Rodolfa, Rapaport, & Lee, 1983; Tryon, 1986, 1990, 1999), la primera entrevista es, entre otros, un componente importante para que el paciente regrese o no a las sesiones subsecuentes. La manera en que se llegó a esta conclusión fue la siguiente: cuando el paciente solicitaba atención terapéutica era recibido para ser entrevistado por primera vez, luego, algunos investigadores audiograbaron las entrevistas (e.g. Duehn & Proctor, 1977; Tracey, 1986) y las analizaron en términos del grado en que paciente y terapeuta podían seguirse el uno al otro con respecto al tema que hablaban (por ejemplo, si uno hablaba del pasado, el otro hacía una pregunta correspondiente al pasado, es decir, se seguían en el tema). Otros investigadores (e.g. Fiester, 1977; Tryon, 1990, 1999) aplicaron escalas al final de la primera entrevista para conocer la percepción que se formaban paciente y terapeuta, el uno del otro. Midieron el grado en que se agradaron mutuamente y si el paciente percibió a su terapeuta como ineficaz o ansioso. Como resultado, los pacientes asistían después de la primera entrevista cuando la interacción paciente terapeuta se caracterizó porque uno siguió al otro con respecto al tema que se habló y cuando se percibió al terapeuta como atractivo, eficaz y seguro de sí mismo. Es posible que la primera entrevista sea un factor que se relacione con la asistencia de los pacientes a sesiones subsecuentes.

Por otra parte, también existen variables del paciente (e.g. menor educación, menor estatus socioeconómico, no pertenecer a una agrupación religiosa) que se relacionan con la asistencia a un número mínimo de sesiones. Algunos componentes ambientales o del contexto (e.g. no tener con quien dejar a los niños para ir a la consulta, distancia de traslado para llegar al consultorio) pueden influir también para no asistir a las sesiones.

En México existen investigaciones relacionadas con la asistencia a las sesiones (Jaimes, 2005; Lorentzen, 1986; Ramirez, 1996; Saucedo, 1997; Velázquez, 2000) pero no se sabe de publicaciones en población mexicana que se hayan enfocado a estudiar el papel de la primera entrevista como variable que posiblemente afecte la asistencia del paciente a sesiones subsecuentes. La presente investigación busca detectar y estudiar en la primera entrevista cuáles son las posibles variables que se relacionan con la asistencia a dos o más sesiones subsecuentes.

El estudio de la asistencia de los pacientes con el terapeuta es importante en la medida que se busque otorgar servicios de salud mental a los pacientes con el fin de beneficiarles terapéuticamente.

Por lo expuesto anteriormente, el principal objetivo de este trabajo fue determinar qué variables se relacionan con la asistencia del paciente a dos o más sesiones considerando los siguientes elementos:

- 1) Variables del paciente, por ejemplo, número de terapeutas con quienes ha asistido antes, interés por el cual asiste (propio, lo envía una institución, amistad, etc.), número de veces que ha cambiado de empleo en los últimos años, pertenencia y participación en alguna agrupación religiosa.
- 2) Variables de la percepción paciente terapeuta y expectativas cumplidas. En este punto se incluye qué características percibió el paciente en su terapeuta después de la primera entrevista (amabilidad, honestidad, etc.) y si el paciente encontró lo que esperaba en su primera entrevista.
- 3) Variables del contexto que incluyen: el tiempo de traslado del paciente para llegar a la consulta, el costo que implica acudir a la consulta en términos de dejar a los niños con alguien, ausentarse del trabajo, dificultades de horario, etc.

Estas variables se eligieron porque representan la forma en que se ha estudiado el problema en la literatura internacional. Además, el uso de las variables mencionadas es congruente con la manera en que se ha realizado la Investigación de Resultados en Psicoterapia (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2002).

LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES A LAS SESIONES CON EL TERAPEUTA: REVISIÓN DEL TEMA

Variables Relacionadas con la Asistencia de los Pacientes a las Sesiones

El tema de la asistencia de los pacientes a las sesiones con su terapeuta es extenso y complicado. De hecho, no se tienen respuestas definitivas sobre las razones que hacen que los pacientes asistan o dejen de asistir con su terapeuta. Por tal razón, antes de exponer la revisión del tema debe tenerse en cuenta la siguiente idea que quizá sea la más determinante en esta investigación: Las razones para asistir o no con el terapeuta, pueden variar de una persona a otra e incluso pueden variar de un momento a otro en la misma persona. Esto nos lleva argumentar que es difícil aceptar una única respuesta ante este problema.

Incidencia

El rango de pacientes que deja de asistir con el terapeuta es variable, desde el 19 al 65% (Duehn & Proctor, 1977; Ferrari & Marticorena, 1971; Krauskopf, Baumgardner y Mandracchia, 1981; Tracey, 1986; Tryon, 1986, 1989). En un meta-análisis de 125 estudios sobre abandono se encontró que en promedio el 46% de los pacientes, en un rango del 30 al 60%, abandona la psicoterapia (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Esto es, casi uno de cada dos pacientes deja de asistir a la terapia por decisión unilateral, sin decirle al terapeuta.

Problemas que ocasiona la inasistencia de los pacientes

La inasistencia de los pacientes trae efectos en distintos niveles. Ocasiona problemas en el terapeuta, en el paciente y en el equipo proveedor de servicios psicológicos.

En el terapeuta. Existe entre los terapeutas la tendencia a no hablar acerca de los pacientes que abandonan el tratamiento para no dar la impresión de incompetencia psicoterapéutica (Mozgai, 1985). Además, el hecho de que el paciente abandone afecta la imagen del terapeuta porque implica evaluar como éxito o fracaso (Duehn & Proctor,

1977). No es gratificante planear sesiones para un paciente que deja de asistir y probablemente permanecerá la duda en el terapeuta: ¿por qué no regresó?

En el paciente. Los que dejan de asistir obtienen menores beneficios de la terapia (Pekarik, 1983, 1985a) y cuando dejan de acudir con el terapeuta por insatisfacción (Attkisson, 1982; Pekarik, 1992), disminuye la credibilidad, prestigio y utilización de los servicios de salud mental.

En el equipo proveedor de servicios psicológicos. Planear sesiones para pacientes que no asisten es una pérdida de tiempo. Si se considera que generalmente el 30-60% de los pacientes abandona (Wierzbicki & Pekarik, 1993), el terapeuta pierde el 30-60% del tiempo que planeó para ver pacientes. Además, si no se cobra al que no asiste, se ocasiona disminución en el ingreso.

Líneas de Investigación para Conocer Por Qué los Pacientes Dejan de Asistir con el Terapeuta

Existen diversas publicaciones sobre el estudio del abandono y la asistencia de los pacientes cuyos resultados son en general contradictorios. Los estudios pueden agruparse en categorías de variables para aproximarse al fenómeno: 1) variables del paciente, 2) variables del terapeuta, 3) variables de la relación paciente terapeuta y 4) variables del contexto.

Variables del Paciente

Sexo

Es una variable que se incluye de manera constante en el estudio del abandono desde hace varias décadas. Por ejemplo, en la revisión que realizaron Baekeland y Lundwall en 1975 el abandono quedó definido como la falta de regreso del paciente a terapia, el rehusarse a regresar o la expulsión de un programa de tratamiento por falta de cooperación o escasa respuesta. Los autores encontraron que de 29 investigaciones sólo en 13 (44.8%) el sexo del paciente ayudó a determinar quienes permanecerían en tratamiento. También comentan que las pacientes de sexo femenino tienen mayor

probabilidad de abandonar el tratamiento y explican que un factor que puede ser responsable de esto es la manera en que se forman las díadas paciente terapeuta (hombre-hombre o mujer-hombre). De ser así, entonces no se trataría de una variable en términos de sexo del paciente, sino de una variable de la relación (formación de díadas hombre-hombre o mujer-hombre). De igual manera, si el sexo permitió distinguir a los que abandonan en el 44.8% de los casos, se trata en realidad de un porcentaje muy bajo, cercano a lo que sucedería por azar.

En otra investigación más reciente, Sledge, Moras Hartley y Levine (1990) llevaron a cabo un estudio con 149 pacientes en un centro de salud mental comunitario. Se definió a los pacientes que abandonaron como los que de forma unilateral y repentina dejaron de asistir a sus citas con o sin aviso al terapeuta. Como resultado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas a partir del sexo.

Existe un meta-análisis que se llevó a cabo por Wierzbicki & Pekarik (1993). Los autores reunieron una muestra de 125 estudios sobre abandono de psicoterapia a través de cuatro métodos: a) búsqueda por computadora en *Psychological Abstracts* con las palabras *attrition, client variables, continuance, drop out, psychotherapy drop out, termination, therapist variables*; b) se buscó en manuales de *Psychological Abstracts* para los mismos términos de 1974 a 1990; c) se revisaron las secciones de referencias de estudios anteriores sobre abandono de la terapia y d) se revisaron las referencias de los estudios encontrados. Las investigaciones se incluyeron en la revisión si reunían los siguientes criterios: a) estar publicados en inglés, b) informaban de porcentajes de abandono, c) incluían pacientes reales y d) no se limitaban exclusivamente a pacientes de alcohol o drogas. En el análisis de los resultados se calculó el tamaño del efecto para la variable sexo y el valor obtenido fue de .09. Mientras que las mujeres abandonaron con mayor frecuencia que los hombres, el tamaño del efecto es casi nulo, es decir, la relación entre la variable sexo y el abandono es débil.

Actualmente, la tendencia en los resultados se mantiene igual que en décadas anteriores (Svettini et al. 1998; Wishnick, 2001). Puede concluirse que hasta ahora no se ha encontrado relación entre el abandono del tratamiento y el sexo del paciente.

Edad

Existen investigaciones no recientes en las cuales se sugiere que la edad del paciente se relaciona con que éste abandone el tratamiento. Por ejemplo, Ferrari & Marticorena (1971) estudiaron a 68 pacientes que dividieron en grupos de edades con respecto al abandono. En sus resultados, los pacientes que dejaron de asistir estaban en los siguientes grupos de edad: entre 16 y 25 años (el 24% abandonó), entre 26 y 35 años (el 15% abandonó) y entre 36 y 45 años (el 33% abandonó).

Posteriormente, en la revisión de Baekeland & Lundwall (1975) se encontró que en 16 de 51 estudios (31.4%) la edad del paciente fue importante para permanecer en el tratamiento. Comentan que es más probable que el paciente joven, sin especificar la edad, abandone el tratamiento. Una causa posible de esto es la movilidad geográfica de esta población, la ausencia de una familia nuclear y de lazos comunitarios que establezcan obligaciones.

En investigaciones más actuales como es el caso de Wierzbicki & Pekarik (1993) se encontró por medio del meta-análisis que los pacientes jóvenes abandonan con mayor frecuencia que los adultos. Sin embargo, el tamaño del efecto para esta variable fue de .10, lo cual muestra una relación débil entre la edad y el abandono.

Por otra parte, Oei & Kazmierczak (1997) estudiaron a 131 pacientes adultos que participaron en terapia cognitivo conductual de grupo. Del total, 69 pacientes completaron el tratamiento y 62 no. Los autores informan que la edad no permitió discriminar a los pacientes que abandonaron de los que permanecieron.

En síntesis, se encontró en una tendencia en la cual los pacientes jóvenes tuvieron mayor probabilidad de dejar el tratamiento psicológico. Sin embargo, dicha relación parece ser débil y no siempre se vincula con el abandono.

Estatus socioeconómico

Desde hace algunas décadas se ha relacionado al estatus socioeconómico con el abandono del tratamiento. Por ejemplo, Lorion informó en 1974 que el abandono

terapéutico se relaciona directamente con lo siguiente: 1) actitudes negativas del terapeuta hacia las personas de clase baja (e.g. percepción de hostilidad y suspicacia, percepción de lenguaje crudo y repuesta apática, dificultades para ser empático y comprender al paciente, desaprobación de su conducta sexual y agresiva, creencia de que es un paciente intratable o de que constituye una pérdida de tiempo) y 2) expectativas y actitudes inapropiadas de los pacientes de clase social baja (e.g. incertidumbre sobre lo apropiado del tratamiento y su eficacia, miedo al tratamiento, vergüenza por necesitar terapia, falta de entendimiento de la terapia, falsas creencias sobre la enfermedad mental, la persona del terapeuta y el proceso terapéutico).

En el mismo orden de ideas, un año después Baekeland & Lundwall (1975) encontraron que algo más de la mitad (58%) de los estudios informan que el estatus socioeconómico, determinado por el nivel educativo, el ingreso y la ocupación, es irrelevante para explicar el abandono, mientras que el resto de éstos (42%) señalan que el estatus socioeconómico puede ser una guía importante para predecir el abandono. Estos autores indican que es más probable que los pacientes de clase socioeconómica baja abandonen el tratamiento en comparación con los de clase media debido a que están más orientados en el presente que en el futuro, pueden creer que el tratamiento es poco necesario e irrelevante para resolver sus demandas actuales, confían menos en la opinión de los expertos, tienen más síntomas físicos que psicológicos, están menos motivados, son menos tolerantes, están menos insatisfechos consigo mismos, tienen mayores dificultades para trasladarse y pagar el tratamiento. Además se ha visto que el terapeuta tiene un sesgo respecto a este tipo de pacientes, llegando a considerarlos como menos capaces para aceptar la psicoterapia, con peor pronóstico y con menos recursos y habilidades para superar sus problemas, por lo que suelen centrarse en dar atención a sus problemas físicos.

En una investigación posterior (Persons, Burns & Perloff, 1988) se examinó la relación entre los resultados terapéuticos y variables demográficas del paciente, las características del padecimiento y del tratamiento, el abandono terapéutico quedó definido como el término del tratamiento en contra de la prescripción del terapeuta o sin discutirlo previamente con él. Estos investigadores encontraron que un nivel bajo de escolaridad (pocos años de escolaridad) predice significativamente el abandono del tratamiento en pacientes con trastorno depresivo en consulta privada, mientras que su estatus

ocupacional no se relacionó de manera significativa con el abandono. En este estudio se observó un 50% de abandono terapéutico.

En congruencia con lo anterior, existen otros estudios en los cuales se detectó cierta relación entre el estatus socioeconómico y el abandono. Por ejemplo, en la revisión meta-analítica que realizaron Wierzbicki & Pekarik (1993) se encontró una relación moderada y significativa entre estas variables. De igual forma, Reiss y Brown (1999) señalan que el estatus socioeconómico (sobre todo la presencia de desempleo) es una de las pocas variables que se asocian de manera consistente con la terminación prematura de la psicoterapia; por otro lado, informan que la estabilidad ocupacional se relaciona con la continuación del proceso terapéutico. Finalmente, en un estudio longitudinal se encontró que el bajo nivel de escolaridad se relacionó con tres tipos de abandono terapéutico: fue imposible localizar a los pacientes o éstos se rehusaban a participar y hubo morbilidad/mortalidad (De Graaf, Bijl, Smit, Ravelli y Vollbergh (2000).

Puede concluirse que a lo largo de las décadas se ha mantenido la misma tendencia: existe generalmente relación entre abandonar el tratamiento y el bajo estatus socioeconómico.

Diagnóstico de trastorno de la personalidad

Dada la dificultad que implica el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad, podría esperarse que estos pacientes abandonen con mayor frecuencia que quienes no tienen dicho trastorno. En este sentido, Persons, Burns & Perloff (1988) estudiaron 70 pacientes deprimidos atendidos en la práctica privada. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los pacientes que presentaron trastorno de personalidad que además tenían un alto puntaje en el Inventario de Depresión de Beck. Los autores informaron que la presencia del trastorno de personalidad aumentó la probabilidad de abandonar hasta el 83.7%.

Varios años después, Karterud, et al. (2003) llevaron a cabo una investigación en la que se diagnosticaron a 1,010 pacientes con trastornos de la personalidad evitativo, límite y paranoide. El estudio se propuso investigar si los programas de tratamiento para los pacientes con trastorno de personalidad eran efectivos y si todos los tipos de trastornos

de personalidad respondían favorablemente a dichos programas. Todos los pacientes fueron admitidos en un hospital del año de 1993 al 2000. Dentro de los resultados se encontró que el 24% de los pacientes abandonó el tratamiento y el seguimiento mostró que los pacientes que abandonaron el tratamiento no tuvieron mejoría. El resultado de esta investigación (24% de abandono) puede ubicarse como un bajo porcentaje de deserción en comparación con el porcentaje en el cual abandonan generalmente los pacientes (50%).

Por otra parte, contrario a lo esperado, existe evidencia de que los pacientes que no tienen trastorno de la personalidad, pueden abandonar con mayor frecuencia que los que sí presentan el trastorno. Específicamente, Chiesa et al. (2003) llevaron a cabo un estudio para evaluar el abandono prematuro del tratamiento en una población con trastornos de personalidad severa. Los resultados mostraron un alto índice de abandono en los pacientes que no tenían un trastorno de personalidad límite en comparación con aquellos que sí tenían personalidad límite. La mayoría abandonó en etapas tempranas del tratamiento.

En resumen, existen resultados contradictorios con respecto a la relación entre los trastornos de personalidad y el abandono del tratamiento. De hecho, en las investigaciones recientes (Chiesa, 2003; Karterud, 2003) no se encontró relación entre trastorno de personalidad y abandono.

Gravedad de los síntomas

Es posible esperar que los pacientes con mayor gravedad sintomática (mayor presencia de síntomas psicopatológicos) tengan mayor necesidad de terapia y, por lo tanto, deban permanecer en ésta. A pesar de que la gravedad sintomática se ha estudiado con relación al abandono, la existencia de resultados contradictorios hace difícil proponer conclusiones definitivas.

En la investigación de Persons, Burns & Perloff (1988) se encontró que los pacientes con mayor gravedad sintomática, es decir, con mayores puntajes en el Inventario de Depresión de Beck en la entrevista inicial, abandonaron la terapia. Los autores estudiaron a 70 sujetos que buscaron ayuda para depresión en una clínica privada. El abandono

quedó definido como el acto de dejar el tratamiento contra el consejo del terapeuta o sin hablarlo con él. Como resultado, fue más probable que los pacientes con mayores puntajes en el inventario de depresión abandonaran el tratamiento. Esto es opuesto a lo esperado porque se supone que a mayor gravedad sintomática hay mayor necesidad de tratamiento y por tanto el paciente debe permanecer en terapia.

Cuatro años después, Hunt & Andrews (1992) estudiaron el abandono en un centro de terapia cognitivo conductual para trastornos de ansiedad. El centro atendió a pacientes que cubrieron los criterios diagnósticos y de gravedad de algún trastorno; durante el estudio se llevaron a cabo cuatro programas para cuatro trastornos: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada. Los tratamientos se realizaron en grupos de seis a ocho pacientes. Todos los terapeutas eran psicólogos clínicos o psiquiatras con experiencia en terapia cognitivo conductual. Las escalas aplicadas a los pacientes en la evaluación incluyeron el *Symptom Check List*, *SCL-90* y el *Eysenck Personality Inventory*. Además se registró la edad y sexo de los pacientes. En la investigación participó una muestra de 432 pacientes de los cuales 357 completaron el tratamiento y 75 lo abandonaron en algún momento posterior a la entrevista de ingreso. Como resultado, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos con respecto del género, edad y diagnóstico. Los pacientes que abandonaron tuvieron mayor puntaje en el SCL-90 (142.9) en comparación con los que no abandonaron (134.9), es decir, los que abandonaron tuvieron mayor severidad sintomática dado que presentaban mayor número de sintomatología psiquiátrica. Sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En la investigación de McCallum, Piper & Joyce (1992) también se encontró que a mayor gravedad sintomática mayor probabilidad de abandonar la terapia. Los autores llevaron a cabo la investigación dentro de un programa de terapia psicodinámica grupal de corto plazo. El estudio se llevó a cabo en tres años e incluyó 16 grupos guiados por terapeutas experimentados. Los pacientes asistieron por su propia voluntad, eran referidos o bien los envió alguna agencia social. El costo total de la terapia fue pagado por la aseguradora de salud del gobierno. La duración del tratamiento fue de 12 semanas. Se solicitó a los pacientes que abandonaron que asistieran a una entrevista final para aplicarles cuestionarios sobre resultados del tratamiento y preguntarles por qué habían dejado la terapia. La muestra de pacientes estuvo conformada por 154 adultos, el promedio de

edad fue de 36 años y el 72% eran mujeres. Los pacientes presentaron sintomatología depresiva, aislamiento social y soledad comúnmente. Los terapeutas fueron un psicólogo de 34 años, una psicóloga de 32 años y una trabajadora social de 31 años. Los tres con experiencia en terapia psicodinámica (8, 4 y 4 años respectivamente). De los 109 pacientes que iniciaron el tratamiento 76 lo completaron y 33 lo abandonaron. De los 33 que abandonaron, 21 asistieron entre una y cuatro sesiones (abandono temprano) y 12 asistieron entre cinco y ocho sesiones (abandono tardío). Los análisis iniciales confirmaron que no hubo diferencias en las variables estudiadas entre el abandono temprano y tardío; en consecuencia se consideraron ambos tipos de abandono en conjunto para el análisis de datos. La sintomatología psiquiátrica se evaluó con el *Symptom Check List-90* para evaluar la gravedad de los síntomas en distintos trastornos psiquiátricos. Como resultado, los pacientes que abandonaron presentaron mayor gravedad sintomática en comparación con los que no. La diferencia fue estadísticamente significativa. También, los pacientes que abandonaron no fueron distintos de los que permanecieron en las variables sociodemográficas.

A partir de las investigaciones aquí presentadas, parece que, contrario a lo esperado, a veces los pacientes con mayor severidad sintomática son los que abandonan el tratamiento; sin embargo, esto no siempre sucede así. En conclusión, los resultados permiten señalar que existe una relación contradictoria entre la severidad sintomática y el abandono.

Evaluación de la personalidad

En algunas investigaciones se ha empleado el MMPI para distinguir a los pacientes que abandonan el tratamiento en comparación con los que permanecen. Por ejemplo, DuBrin y Zastowny (1988) estudiaron a 242 pacientes que permanecieron en el tratamiento y 64 que lo abandonaron. Entre las mediciones empleadas incluyeron al MMPI y como resultado no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En otro estudio más reciente, Hilsenroth, Handler, Toman & Padawer (1995) examinaron una población de pacientes de consulta externa para determinar si había diferencias significativas entre los pacientes que abandonan en comparación con los que permanecen. Emplearon el MMPI-2 con el propósito de detectar a los pacientes que

abandonan de forma prematura. Se dio especial atención a la escala *Negative Treatment Indicators* (TRT) que parece haber sido diseñada para indicar quienes permanecerían en el tratamiento con mayor probabilidad y quienes abandonarían. Se dice que altos puntajes en dicha escala son característicos de sujetos con actitudes negativas hacia el personal médico y de salud mental. Estas personas se sienten incómodas de hablar de sus problemas con alguien más y dudan de que alguien pueda ayudarles. Por lo tanto, los autores esperaban que los sujetos con altos puntajes en esta escala abandonaran de forma prematura el tratamiento con mayor probabilidad. Por el contrario, puntajes bajos en la escala TRT hacen referencia a sujetos con actitudes generalmente positivas hacia los médicos y los profesionales de la salud mental; tienden a creer que otros pueden entenderles y ayudarles. Los autores también pensaban que los pacientes que continuaran el tratamiento tendrían menores puntajes en la escala de "Fuerza del Yo" en comparación con los pacientes que abandonaran. En la muestra participaron 178 sujetos. La modalidad de tratamiento de la clínica era psicodinámica, de largo plazo y orientada al insight. Como parte de la evaluación de ingreso se aplicó a los pacientes el MMPI-2 y se diagnosticó a los pacientes en el Eje I y II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. En el grupo de abandono se clasificó a 97 sujetos que indicaron personalmente, por teléfono o por carta, que no deseaban asistir a las sesiones posteriores a la evaluación inicial. El abandono ocurrió en el rango de cero a ocho sesiones; el promedio de asistencia para estos pacientes fue de una sesión. El grupo de comparación estuvo conformado por 81 pacientes que asistieron por al menos 6 meses (24 sesiones). La duración del tratamiento para estos pacientes estuvo en el rango de 6 meses a 4 años. El promedio de sesiones que asistieron los pacientes fue de 72. En los resultados los autores llevaron a cabo un análisis de varianza y encontraron que el género, edad, ingresos económicos del paciente, estado civil, diagnósticos del Eje I y Eje II no diferenciaron de forma estadísticamente significativa entre el grupo que abandonó y el que permaneció. Después de analizar los resultados a través de un análisis de covarianza no se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa en el MMPI-2 entre el grupo que abandonó en comparación con el que permaneció. Al discutir los resultados los autores señalan que no es sorprendente que ninguna de las variables del MMPI-2 haya diferenciado a los pacientes que abandonan de los que permanecen debido a que el MMPI-2 es fundamentalmente una medición de psicopatología y la diferencia entre ambos grupos no se debe a la psicopatología sino más bien a variables de relación interpersonal.

Por su parte, Chisholm, Crowther & Ben (1997) emplearon las escalas clínicas y de contenido del MMPI-2 para predecir el abandono prematuro del tratamiento en una muestra de 86 pacientes con rango de edad de 18 a 54 años. El abandono prematuro quedó definido a partir del juicio del terapeuta en términos de que el paciente no está preparado para terminar el tratamiento. Como resultado ninguna de las escalas del MMPI-2 predijo el abandono.

En conclusión, a pesar del empleo confiable y difundido del MMPI, en ninguna de las tres investigaciones aquí presentadas se encontró que con esta prueba se pudiera distinguir a los pacientes que abandonan en comparación con los que permanecen.

Las etapas de motivación al cambio

El modelo de cambio de Prochaska & Di Clemente (1982) menciona que el cambio terapéutico en el paciente implica las siguientes etapas: precontemplación (no sabe que tiene un problema), contemplación (piensa que tiene un problema), determinación (decide actuar para resolver el problema), acción (actúa para resolver el problema), mantenimiento (usa estrategias para mantener el cambio), recaída (puede haber regreso a patrones anteriores) y terminación (ya no vuelve a recaer). De acuerdo con Miller & Rollnick (1991) estas etapas podrían evaluarse clínicamente por medio de lo que denominan “entrevista motivacional”. En esta misma línea, se dice que la mayoría de los tratamientos están diseñados para las personas en etapa de acción debido a que en esta etapa los pacientes reconocen la necesidad de cambio y se encuentran con una actitud activa para el cambio. En congruencia con esto, los pacientes en etapa de precontemplación tienen mayor probabilidad de abandonar dado que no saben si tienen un problema (Hilburger, 1995).

De forma más reciente, Derisley (2000) realizó un estudio cuya hipótesis consistió en que los pacientes que se encontraban en etapas de precontemplación tendían a abandonar la terapia y que aquellos que se encontraban en etapas de acción tendían a asistir a un gran número de sesiones y establecían una alianza terapéutica más positiva. El estudio se llevó a cabo con 60 pacientes y los resultados mostraron que dicha hipótesis no fue comprobada.

Por otro lado, Wright (2001) llevó a cabo un estudio cuyo objetivo era investigar si las etapas de cambio eran un predictor del abandono. Sus resultados muestran que aquellos pacientes en etapa de contemplación tenían menores probabilidades de abandonar la terapia y asistieron a más sesiones dentro de las seis semanas posteriores al inicio de la terapia que aquellos pacientes que se encontraban en etapas de acción y mantenimiento.

En síntesis, las etapas del cambio guardaron una relación contradictoria con el abandono en las investigaciones presentadas.

Las expectativas del paciente

En cuanto a las expectativas, existe una investigación (Horenstein & Houston, 1976) en que se encontró que las expectativas no guardan un comportamiento lineal sino curvilíneo, en forma de "U", con respecto al abandono. Se entregó a los pacientes un cuestionario de 46 reactivos sobre sus expectativas antes de la entrevista inicial y después de que finalizó ésta para identificar si se cumplió lo que esperaban. Ejemplos de los reactivos empleados son: ¿crees que tu terapeuta te dirá formas para resolver tu problema? ¿crees que tu terapeuta te dará ánimos? ¿crees que tu terapeuta hablará más de lo que escuche? ¿crees que tu terapeuta querrá saber sobre tus pensamientos y tus sentimientos?. De 154 pacientes, los que abandonaron después del primer contacto con el terapeuta tuvieron muchas expectativas que no se cumplieron, los que abandonaron después de la segunda consulta tuvieron muchas expectativas que sí se cumplieron y los que se quedaron más de tres consultas tuvieron expectativas que se cumplieron en 50%. Parece que es adecuado cierto grado de discrepancia entre lo que se espera y lo real para que el paciente asista a las sesiones subsecuentes.

Posteriormente, Hardin, Subich & Holvey (1988) investigaron las expectativas de los pacientes y su relación con el abandono. Se compararon los puntajes de 40 pacientes que asistieron sólo a la primera sesión versus 40 pacientes que continuaron hasta 6 sesiones por medio del *Expectancies About Counseling Questionnaire*. Como resultado, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los que continuaron y los que abandonaron.

Parece que las expectativas de los pacientes no han sido investigadas de manera amplia con respecto al abandono de manera que es difícil por ahora llegar a alguna conclusión al respecto.

Características sociales, aislamiento social y afiliación

Existen varias características sociales que parecen relacionarse con la permanencia y el abandono. Hace varias décadas, Rubinstein & Lorr (1956) buscaron identificar características específicas de personalidad y/o variables socioeconómicas que diferenciaran individuos que se quedaran en el tratamiento de los que lo dejaran de forma prematura. El abandono quedó definido como la asistencia a cinco sesiones o menos. Se formaron dos grupos. Uno de 60 pacientes que asistieron al tratamiento por al menos seis meses (26 sesiones) dado que la mayoría de las consultas era una vez a la semana. El otro grupo de 68 pacientes se formó de los sujetos que asistieron a cinco sesiones o menos y que habían dejado de asistir sin un acuerdo con su terapeuta. En los resultados no se encontraron diferencias entre abandonar y permanecer con respecto a la religión y el estado civil. Sin embargo, los que permanecieron tendían a ser más inteligentes, más educados y tenían mejores empleos que los que abandonaron. Para continuar en el tratamiento fue determinante la presencia de un mínimo nivel de persistencia y actividad dirigida hacia los objetivos. Esto es parte del patrón general en que los que permanecieron fueron más exitosos que los que abandonaron en lo que respecta a la participación en actividades sociales y culturales. Los que permanecieron tuvieron mayor nivel socioeconómico, más educación y tuvieron menos cambios de empleo. Por otro lado, los que abandonaron reportaron más agresividad y problemas con la ley, más hostilidad hacia la autoridad, mayor intranquilidad y estilo de vida nómada. Los que permanecieron como grupo tuvieron en apariencia mayor voluntad o podían aceptar y vivir bajo normas culturales pero estaban poco dispuestos a expresar aceptación de convencionalismos rígidos y tenían opiniones menos extremas así como mayor tolerancia a la frustración.

En otra investigación Altman, Angle, Brown y Slettes (1972) estudiaron una muestra de 6764 pacientes que fueron internados en un hospital psiquiátrico. La muestra se dividió en dos. En la primera se tomó a 3,383 pacientes de los cuales 151 abandonaron el hospital. Con estos pacientes se propuso una ecuación predictiva del abandono. La segunda

muestra se formó de 3,381 pacientes de los cuales 150 abandonaron el hospital. Esta segunda muestra se usó para comprobar la ecuación antes formada. Como resultado, las características de los que abandonaron fueron las siguientes: ideas antisociales, preocupación heterosexual, tenían planes irreales acerca de qué hacer después de que se les diera de alta, trastorno de la personalidad o desviación sexual, no era la primera vez que eran ingresados al hospital, soltero, católico, hombre, eran referidos por una corte y fueron evasivos con el entrevistador. Por otra parte, las características de los que no abandonaron fueron: sumisión con el entrevistador, orientados en lugar en el examen mental, sabían por qué habían sido hospitalizados, era la primera vez que le ingresaban al hospital y eran granjeros.

En la revisión que Baekeland & Lundwall (1975) llevaron a cabo, el aislamiento social y/o la falta de afiliación se relacionó con el abandono en el 100% de los casos. Los autores mencionan que los pacientes aislados o no afiliados tienen poca habilidad para formar lazos firmes con los demás (tiende a ser soltero, separado o divorciado) y esto se refleja en el vínculo débil que forma con su terapeuta.

En el mismo orden de ideas, existe evidencia de que el apoyo social también es importante para no abandonar el tratamiento psicológico en escenarios médicos. Meager & Milgrom (1996) llevaron a cabo un estudio piloto para tratar la depresión postparto. Participaron 20 mujeres con edad promedio de 29.6 años que fueron asignadas a un grupo de tratamiento de 10 semanas y a un grupo control (lista de espera). Evaluaron la relación marital, la relación parental y el apoyo social con el instrumento *Social Provisions Scale*. Se presentó un porcentaje significativo de abandono tanto en el grupo de tratamiento como en el grupo control. Las características de quienes abandonaron incluyeron una relación marital pobre, relación parental pobre y poco apoyo social.

Existen otras investigaciones en las que también se ha encontrado relación entre el apoyo social y el abandono. Por ejemplo, Pickus (2000) investigó el rol de las redes de apoyo social, el apoyo percibido, las actitudes hacia la terapia y la autoeficacia con respecto a la ejecución de conductas terapéuticas, dado que se considera que estos factores son importantes en la utilización de servicios de salud mental y para la adopción y mantenimiento de conductas saludables. Los sujetos que participaron eran estudiantes que asistían o habían asistido a terapia y se les preguntó si la habían abandonado antes

de la tercera sesión. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística para las variables independientes. El único hallazgo significativo fue la red de apoyo social, la cual se relacionó con el abandono. Para el caso de las demás variables se detectaron correlaciones moderadas. Sin embargo, el autor no reportó la dirección de la relación que guardó el apoyo social con el abandono.

En otra investigación se evaluaron distintos factores relacionados con el abandono dentro de un grupo de autoayuda de 12 pasos. Kelly & Moos (2003) midieron la variable denominada *social involvement*, es decir, se preguntó a los pacientes sobre pertenencia a organizaciones como clubes, asistencia a servicios religiosos, cuántas amistades cercanas se tienen y la frecuencia semanal con que contactaban a sus amigos. Esto se midió en una escala Likert con 5 opciones de respuesta, donde 1 significó “ninguno o nunca” y 5 significó “frecuentemente o muchas veces”. La muestra se conformó de 2778 pacientes. Entre los resultados se encontró que aquellos que tuvieron menor probabilidad de abandonar el grupo de autoayuda eran los que pertenecían a alguna agrupación religiosa, asistían a servicios religiosos y tenían mayor involucración social. Específicamente cuando el paciente percibió a su ambiente como más cohesivo, apoyador y orientado a la espiritualidad se presentó el abandono con menor probabilidad.

A partir de la revisión sobre las características sociales, aislamiento social y afiliación del paciente, se creó la tabla 1, la cual muestra las características que parecen diferenciar constantemente a los pacientes que abandonan de los que permanecen.

Tabla 1. Características sociales del paciente que permanece en las sesiones versus el que abandona

Características del paciente	Permanecer	Abandonar
- Acepta y vive bajo normas culturales	√	
- Mayor red de apoyo social	√	
- Mayor tolerancia a la frustración	√	
- Más inteligentes	√	
- Más educados	√	
- Mejores empleos	√	
- Mayor participación en actividades sociales y culturales	√	
- Mayor nivel socioeconómico	√	
- Pertenecen a alguna agrupación religiosa.	√	
- Contactan con mayor frecuencia a sus amistades	√	
- Menos cambios de empleo	√	
- Mayor agresividad		√
- Problemas con la ley		√
- Más hostilidad hacia la autoridad		√
- Estilo nómada		√
- Ideas antisociales		√
- Evasivos con el entrevistador		√
- Aislamiento social		√
- Poca habilidad para formar lazos firmes con los demás		√

Las distintas investigaciones mencionadas, señalan que a lo largo de las décadas se ha mantenido una fuerte relación entre varias características del paciente y el abandono. Esta relación se presenta no solo en el contexto de la salud mental (Mitchel, 1989), sino que también parece ser generalizable con otros escenarios, por ejemplo, ambientes médicos (Bender, Ellison, Gleason, Murphy, Sundstrom & Szeffler, 2003; DiMatteo, 2004) y permanencia en la escuela (Napoli, 1996).

Para concluir esta sección sobre las variables del paciente diremos que las que guardan una relación más fuerte con el abandono son las siguientes: bajo estatus socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ser joven, aislamiento social y falta de afiliación. Por otra parte, las variables que han guardado una relación contradictoria con el abandono son: el

diagnóstico de trastorno de personalidad, gravedad de los síntomas, las etapas de motivación al cambio y las expectativas del paciente.

Variables del Terapeuta

Las variables del terapeuta han recibido menor atención en el estudio del abandono en comparación con el estudio de las variables del paciente. Mennicke et al. (1998) comentan que “permanece como pregunta abierta si esta discrepancia sugiere desgano por parte de la profesión para iniciar el autoescrutinio con respecto al abandono prematuro” (pág. 461).

De hecho, la mayoría de las investigaciones se realizan con terapeutas debutantes. Esto no es producto del azar si tomamos en cuenta que los terapeutas experimentados se niegan sistemáticamente a participar en las investigaciones en calidad de “variables” (Pérez-Gómez, 1982). Parece ser que la participación en una investigación implica la pérdida de las defensas y la seguridad que da el “secreto profesional” y problemas de estatus con los investigadores.

Sexo

En el estudio de Betz & Shullman (1979) se encontró que los pacientes de ambos sexos tenían menos probabilidades de regresar a la consulta cuando eran entrevistados inicialmente por un terapeuta hombre que cuando era una terapeuta mujer quien les hacía la entrevista inicial. Los resultados también mostraron menor probabilidad de que los pacientes regresaran a una segunda sesión cuando eran referidos a un terapeuta hombre que cuando la terapeuta era mujer. Más tarde, Krauskopf et al. (1981) intentaron replicar el estudio de Betz & Shullman (1979). Participaron 359 pacientes a quienes se les realizó la entrevista inicial; sus edades estaban en un rango de 16 a 65 años y el 79% de ellos estaban entre los 18 y 25 años. Las entrevistas de ingreso duraron alrededor de media hora y el tratamiento apropiado fue comentado con el paciente en ese momento y después con el equipo de terapeutas participantes. Como resultado, en el caso de las terapeutas mujeres regresó el 82.9% de los pacientes y con los terapeutas hombres regresó el 78.8% de los pacientes; la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los pacientes que fueron referidos con una terapeuta mujer asistieron en el 80.4% de los

casos y quienes fueron referidos con un terapeuta hombre asistieron en el 80.3% de los casos. Sin embargo, dos años después, Epperson et al. (1983) encontraron que los terapeutas hombres tuvieron menor índice de abandono que las terapeutas mujeres.

En una revisión más reciente Reis & Brown (1999) compararon varias investigaciones sobre abandono del tratamiento y encontraron que el sexo del terapeuta no permitió realizar conclusiones firmes para distinguir a los pacientes que abandonan. En otras palabras, no puede hablarse de resultados definitivos sobre el papel del sexo del terapeuta con respecto del abandono de los pacientes.

La experiencia del terapeuta

En la revisión de Baekeland & Lundwall (1975) se informa que los terapeutas que tienen mayor probabilidad de perder a sus pacientes son los que tienen menos experiencia, les desagrada su paciente o lo perciben como aburrido. Esto es congruente con la idea de que terapeutas más experimentados tienen mejores resultados con sus pacientes, incluyendo que éstos asistan a las sesiones.

Por otra parte, parece ser que cuando el terapeuta logra comprender o reconocer el problema del paciente, dicha comprensión es más importante que la experiencia. Así, Krauskopf et al. (1981) compararon la experiencia y el reconocimiento del problema con respecto a la inasistencia a la segunda sesión. En su investigación participaron 539 estudiantes universitarios que asistieron a la primera entrevista y 112 terapeutas. Cuando existieron acuerdos entre el paciente y el terapeuta con respecto al tipo de problema presentado, definido como educacional, vocacional o personal, el 83.6% de los pacientes regresó. Por el contrario, ante la presencia de desacuerdos el 72.9% regresó a la siguiente sesión; la diferencia fue estadísticamente significativa. Con respecto a la experiencia, no se encontraron diferencias significativas. Esto sugiere que una variable del terapeuta (experiencia) puede tener menor importancia que los acuerdos entre paciente y terapeuta.

En todo caso, la experiencia por sí misma y el tiempo de antigüedad practicando la terapia, no parece ser lo fundamental, pues es posible concebir que alguien cometa los

mismos errores por muchos años y que además defiende lo que hace (Pérez-Gómez, 1982).

Finalmente, como dato más reciente, en el meta-análisis de Wierzbicki & Pekarik (1993) no se encontró que fuera significativo el tamaño del efecto para distintas variables del terapeuta incluyendo la experiencia. En conclusión, la experiencia del terapeuta guarda una relación contradictoria con la inasistencia de los pacientes.

El enfoque de tratamiento

Una pregunta que surge en el problema del abandono es: ¿existe algún enfoque terapéutico donde los pacientes dejen de asistir con mayor frecuencia?. Es difícil estudiar este tema en función del enfoque terapéutico, debido a que en algunas investigaciones no se informa el enfoque de los terapeutas, una misma muestra está formada por terapeutas que usan distintos modelos, no se informa el enfoque de los terapeutas o bien no abundan investigaciones que estudien el abandono en función del modelo terapéutico empleado.

Sin embargo, se describe a continuación un estudio sobre el papel de los enfoques terapéuticos debido a la frecuencia con que surgió la interrogante. Sledge et al. (1990) compararon el índice de abandono de la psicoterapia de tiempo limitado versus otros enfoques. Los autores partieron del supuesto de que la terapia de tiempo limitado es eficaz para distintos trastornos y además tiene la cualidad de presentar menores porcentajes de abandono. La investigación se llevó a cabo en un centro universitario de salud mental para pacientes que no podían pagar consulta privada y ofrecía varios tipos de tratamiento, incluyendo terapia grupal, terapia familiar y tres formas de terapia individual. Los criterios clínicos de exclusión fueron características de los pacientes consideradas como indicadores de pobre pronóstico para psicoterapia. Se excluyó a los pacientes que presentaron en la entrevista inicial un trastorno en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – III de abuso de sustancias, retraso mental, trastorno mental orgánico o que tuvieran historias de una condición psicótica crónica. Para el curso del tratamiento se excluyó a pacientes que no asistieron a ninguna sesión de terapia, que estuvieron en terapia individual en el momento del estudio o que estuvieron en otra forma de psicoterapia (grupal o familiar) al mismo tiempo del estudio. La muestra

quedó conformada por 149 pacientes, 67 hombres y 82 mujeres con rango de edad de 16 a 80 años; el 54% de los pacientes de 21 a 29 años. Los pacientes fueron evaluados de una a tres sesiones por un clínico para identificar lo que el paciente quería de la terapia y el tratamiento que fuera más adecuado. Habían dos opciones de tratamiento en terapia individual: psicoterapia de largo plazo y psicoterapia breve. Los que fueron referidos a psicoterapia breve podían ser tratados con el enfoque de terapia breve de Mann o con terapia no específica, breve o de orientación psicodinámica de duración entre tres y cuatro meses pero sin fecha específica de término. La asignación del paciente a terapia individual breve o de largo plazo estuvo generalmente en función del interés del paciente, disponibilidad del terapeuta y el juicio del clínico.

En los tipos de psicoterapia estaban los siguientes: 1) La terapia de largo plazo (*open-ended psychotherapy*) caracterizada por no tener un tiempo específico de duración; el paciente podía continuar en tratamiento hasta que decidiera terminar independientemente de que el terapeuta estuviera o no de acuerdo. La duración posible con el mismo terapeuta estaba en el rango de seis meses a dos años. La frecuencia de las sesiones era de una por semana. 2) En la psicoterapia breve se indicó a los pacientes que se esperaba que la duración del tratamiento estuviera entre tres y cuatro meses. De igual forma que en la terapia de largo plazo, no se estableció una fecha definitiva para terminar el tratamiento y en la práctica el final de la psicoterapia fue negociable, dependiendo del juicio del terapeuta sobre la indicación clínica y lo que el paciente quisiera. 3) La otra modalidad fue la psicoterapia de tiempo limitado; esta forma de tratamiento de Mann se enseñó y desarrolló como estándar clínico de terapia breve. En la mayoría de los casos se estableció con el paciente un contrato de duración de 12 sesiones, pero el rango de éstas varió de 8 a 16. La característica primordial de la psicoterapia de tiempo limitado fue establecer la duración desde el inicio del tratamiento con un número específico de sesiones.

En la categoría de abandono se incluyó a los pacientes que de forma unilateral y abrupta dejaron de asistir a sus citas, avisando o no al terapeuta pero sin su consentimiento. Los pacientes que no abandonaron fueron: 1) los que permanecieron en el tratamiento hasta la fecha planeada, 2) los que terminaron por mutuo acuerdo entre paciente y terapeuta, 3) los que continuaron hasta que el terapeuta decidiera terminar el tratamiento.

En el análisis de los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes en los tres tipos de psicoterapia con respecto a sexo, edad, raza, estado civil o nivel educativo. La proporción de pacientes que abandonó la terapia de largo plazo fue del 61%, en la terapia breve el 67% y en la terapia de tiempo limitado el 32%. La diferencia entre estos tres porcentajes fue estadísticamente significativa, lo cual indicó que la proporción de pacientes que abandonó fue distinta dependiendo del tipo de psicoterapia. Los autores concluyen que el abandono de la psicoterapia individual en una clínica pública con diagnósticos adecuados, puede reducirse de forma significativa empleando un tratamiento en el que se especifique el número de sesiones desde el principio.

Cabe señalar una limitación del estudio. Como se observó, los autores desarrollaban y enseñaban en la clínica el enfoque de terapia de tiempo limitado. En los resultados dicho enfoque fue el que presentó menor índice de abandono. Es probable que el efecto de las expectativas del investigador, “uno ve lo que espera ver”, haya influido en la obtención de los resultados (Kazdin, 2003).

En conclusión las variables del terapeuta han obtenido menor atención para el estudio de la asistencia de los pacientes a las sesiones. Las investigaciones revisadas guardaron una relación contradictoria entre las variables del terapeuta y el abandono de los pacientes. Estas variables incluyeron el sexo y experiencia del terapeuta. En cuanto al enfoque del tratamiento, no es posible por ahora llegar a alguna conclusión definitiva.

Variables de la relación Paciente – Terapeuta

La psicoterapia ocurre cuando existe interacción entre paciente y terapeuta. Ésta interacción se presenta cuando el paciente se encuentra por primera vez con el terapeuta y se mantiene conforme el paciente sigue acudiendo a sus citas. Es en el transcurso de la interacción que se puede presentar el abandono o permanencia. Existen distintas variables de la relación que se han estudiado para relacionarlas con el abandono y permanencia.

La alianza terapéutica

Se necesita más de una sesión para que se establezca la alianza entre paciente y terapeuta (Marziali, 1984). Dicha alianza se forma en las primeras sesiones y luego permanece relativamente estable a lo largo del tratamiento (Horvath & Bedi, 2002). Puede esperarse que una débil alianza terapéutica se relacione con el abandono; esto fue cierto en dos de tres investigaciones que a continuación se describen. En un estudio (Chisholm, 1998) participaron 173 pacientes adultos que recibieron atención psicológica en una clínica que contaba con 58 terapeutas. Se midió la percepción de la alianza en los pacientes con el *Working Alliance Inventory*. El abandono quedó definido como el retiro unilateral por parte del paciente independientemente de avisar o no al terapeuta. Los resultados mostraron que los pacientes que abandonaron tuvieron alianzas débiles en comparación con los que permanecieron. Sin embargo, la alianza débil pudo ser evidente hasta después de la tercera sesión. En congruencia con este hallazgo, en otra investigación (Samstag et al. 1998) con 73 pacientes se utilizó el *Working Alliance Inventory* con pacientes y terapeutas. Los pacientes que abandonaron asistieron al menos a cuatro sesiones. Como resultado se encontró que tanto los pacientes como los terapeutas en las díadas donde hubo abandono calificaron a la relación como problemática. Sin embargo, las evaluaciones que hicieron los terapeutas no permitieron distinguir qué pacientes abandonarían. Por otra parte, existe una investigación que no mostró relación entre la alianza y el abandono: Crowder (2000) encontró que después de la primera sesión abandonaron 24 pacientes, después de la segunda sesión 15 y después de la tercera sesión 8 pacientes. Los puntajes en el *Working Alliance Inventory* no mostraron diferencias entre los pacientes que abandonaron en comparación con los que permanecieron.

En conclusión la alianza representa un componente importante en la relación terapéutica y puede ayudar a distinguir a los pacientes que abandonan. Sin embargo, dado que la alianza requiere de más de una sesión para establecerse tal vez no podría permitir detectar a los pacientes que dejan de asistir después de la primera entrevista.

La percepción de pacientes que abandonaron de forma prematura

Es posible esperar que la percepción del paciente sobre su terapeuta sea importante porque es finalmente el mismo paciente quien decide si regresa o no a más sesiones. En este sentido, Zamostny, Corrigan & Eggert (1981) encontraron que, aunque la evaluación que hace el paciente de la pericia, atractivo y confiabilidad del terapeuta contribuyen a su satisfacción general con la entrevista de ingreso, éstas variables no fueron útiles para predecir quiénes regresan después de la entrevista de ingreso.

Posteriormente, McNeill et al. (1987) realizaron una investigación para comparar la percepción de los pacientes que abandonaron de forma prematura versus los que abandonaron de forma exitosa. Definieron al abandono prematuro como el acto del paciente de dejar la terapia sin el consentimiento o contra el consentimiento del terapeuta. Participaron 20 terapeutas de los cuales nueve pertenecían al último año de licenciatura, tres candidatos al doctorado en psicología y ocho estudiantes que se inscribieron al doctorado. Se reunieron datos de 56 participantes que abandonaron de forma prematura y 148 que dejaron el tratamiento de forma exitosa a partir de las siguientes definiciones: los que abandonaron de forma prematura asistieron en promedio 3.04 sesiones y los que abandonaron de forma exitosa fueron aquellos que asistieron a tres sesiones o más y abandonaron por acuerdo mutuo con su terapeuta; estos pacientes asistieron en promedio 7.38 sesiones. Aquellos que abandonaron de forma prematura estuvieron significativamente menos satisfechos y percibieron a su terapeuta como menos experto, digno de confianza y atractivo en comparación con los que abandonaron de forma exitosa.

Más adelante, Mohl et al. (1991) encontraron diferencias significativas en la forma en que percibieron los pacientes que abandonaron a sus terapeutas en comparación con los que no abandonaron. Los autores estudiaron a 65 pacientes de los cuales 17 abandonaron en las primeras cinco sesiones. La escala que se aplicó a todos los pacientes incluía afirmaciones como las siguientes: la entrevista fue útil, me agradó el doctor, le agradé al doctor, el doctor no me respetó, estuve insatisfecho con la entrevista. Los pacientes que se quedaron en terapia por más de cinco sesiones percibieron que habían obtenido una mayor comprensión, les agradó más el terapeuta, sintieron que agradaron al terapeuta, fueron tratados con mayor respeto, estaban más satisfechos y vieron a sus terapeutas

como más activos en comparación con los pacientes que abandonaron antes de cinco sesiones.

Como conclusión, las variables de la relación paciente terapeuta representaron una opción de utilidad parcial para el estudio del abandono. Específicamente, la alianza terapéutica y la percepción del paciente hacia el terapeuta guardaron cierta relación con el abandono de los pacientes.

Variables del contexto

La asistencia de los pacientes a las sesiones puede verse influida por variables del contexto. Estas variables también se conocen como ambientales. Dentro de éstas se agrupan las variables del servicio o institucionales.

En las variables del contexto se incluyen todas las circunstancias que suceden fuera del consultorio. Por ejemplo, falta de permiso para el paciente por parte de su trabajo para ausentarse y asistir a sus sesiones, cambio de domicilio, no tener dinero para asistir a la consulta, recibir burla de terceros por asistir a consulta psicológica, cambio de empleo, distancia, tiempo y esfuerzo que implica el traslado para llegar al consultorio, tener que cuidar a los hijos y en consecuencia faltar a la consulta, etc. En las variables institucionales o del servicio se incluyen procedimientos administrativos, hacer esperar mucho tiempo al paciente, trato que se reciba por personal recepcionista, etc.

Los pacientes acostumbran dar distintas respuestas cuando se les pregunta por qué dejaron de asistir con el terapeuta. Por ejemplo, Pekarik (1983) investigó las razones que daban los pacientes para abandonar con una muestra de 103 personas. El autor definió al grupo de “abandono” como aquellas personas que necesitaran asistir a más sesiones y la “terminación apropiada” como no requerir de tratamiento más allá de la última sesión. Cuando se contactó a los pacientes se les preguntó por qué dejaron de asistir. Sus razones fueron: no necesitar el servicio (37%), desagrado por el servicio (17%), buscó tratamiento en otro lado (9%), problemas de transporte (9%), problemas con el horario de trabajo (7%), problemas económicos (4%), falta de tiempo (4%), cambio de casa, (4%), ser dados de baja por la clínica (2%), necesitaban enfrentar los problemas por su cuenta

(2%), ser hospitalizados por problemas médicos (2%), dejar la ciudad por varias semanas (2%).

***Conclusiones sobre el estudio del abandono y
la asistencia a las sesiones de acuerdo con la literatura internacional***

Las publicaciones sobre el abandono han sido numerosas desde hace varias décadas. A partir de la diversidad de investigaciones al respecto, distintos autores se han dado a la tarea de revisar y sintetizar las publicaciones existentes sobre el tema (Baekeland & Lundwall, 1975; Mennicke, Lent & Burgoyne, 1988; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Puede observarse que el abandono es un tema complejo de estudio y esto se ve reflejado en los estudios de revisión los cuales difícilmente alcanzan un consenso concluyente de resultados. Sin embargo, existen algunas respuestas que sugieren qué variables se relacionan en mayor o menor medida con el abandono. En primer término, los pacientes que abandonan la terapia no constituyen un grupo homogéneo, es decir, no parece existir una característica única que defina a todos los pacientes. Por otro lado, de acuerdo con estas revisiones, las variables individuales del paciente y terapeuta por sí solas ofrecen una pobre explicación ante el problema del abandono. Quizá las únicas variables del paciente que guardan relación consistente con abandonar la terapia son el aislamiento social, afiliación y estatus socioeconómico. Con respecto a las variables del terapeuta, el sexo, edad, estado civil y experiencia dando terapia no guardan relación con el abandono. Finalmente, dentro de las variables de relación paciente-terapeuta, la percepción favorable del paciente sobre su terapeuta se relaciona con la permanencia del paciente en el tratamiento.

Para terminar, los autores que han revisado de forma más amplia este tema (Baekeland & Lundwall, 1975; Mennicke, Lent & Burgoyne, 1988; Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993) recomiendan que se debe estudiar en mayor medida a las variables de la relación paciente terapeuta, factores extraterapéuticos (apoyo social o consejería informal) y el rol de las expectativas de los pacientes.

La asistencia de los Pacientes a las Sesiones: Panorama en México

Uso de Servicios de Salud Mental

En México el 28.6% de la población adulta presenta algún trastorno mental en algún momento de su vida de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). De este porcentaje son pocos los que reciben tratamiento: sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental reciben atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos reciben atención y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos reciben atención (Medina-Mora et al., 2003). Además, es más difícil que los hombres soliciten servicio a diferencia de las mujeres. Por ejemplo, en casos de depresión severa las mujeres acuden menos con amigos o familiares y solicitan más la ayuda profesional mientras que los hombres no solicitan ayuda porque piensan que otras personas no profesionales les pueden ayudar y porque no desean dejar de trabajar por las consecuencias económicas que esto puede ocasionar (Lara et al., 1996). En los casos de depresión moderada también existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto del uso de servicios, específicamente los varones buscan a especialistas privados y a centros de salud mental especializados, mientras que las mujeres a algún servicio de salud mental de seguridad social; por otro lado, las razones más frecuentes de las mujeres para no solicitar ayuda incluyen: por vergüenza, porque nadie podría entender su problema ni podría ayudarla, por falta de disponibilidad del servicio y por no tener quién les cuide a los niños (Lara et al., 1996).

Como se puede observar, no todas las personas que tienen algún trastorno mental llegan a solicitar servicio especializado, es decir, se quedan sin un tratamiento formal. Esto seguramente contribuye al deterioro en la calidad de vida, tanto de quien padece el trastorno como de las personas cercanas (familiares, amistades, compañeros de trabajo).

Un elemento que hace que el panorama sea más desalentador es que, aún en el caso de que se solicite servicio, no todos obtienen el tratamiento completo. En México los pacientes que asisten para obtener atención psicológica sólo se presentan a 3 sesiones en promedio (Fleiz, 2003). Tres sesiones son insuficientes para obtener el mayor beneficio de la terapia si se considera que los efectos del tratamiento se alcanzan al máximo cuando se logran generalmente de 8 a 12 sesiones (Steenbarger, 1994).

Incidencia

Existen distintos porcentajes sobre la inasistencia de los pacientes en México. Por ejemplo, de 314 pacientes, el 87% dejó de asistir a sus citas programadas en consulta externa de un hospital psiquiátrico (Velázquez, Sánchez, Lara & Santfies, 2000). En otro estudio, de 404 pacientes que solicitaron asistencia psicológica durante un año, 242 desertaron lo cual representa el 60.5% (Lorentzen, 1986). La mayoría de los que desertaron no se presentaron al tipo de terapia asignada (grupal) o bien no la concluyeron. Finalmente, se presentó baja frecuencia de asistencia a las sesiones en un estudio con 61 pacientes deprimidos que acudían a un hospital psiquiátrico: la mayoría (29.5%) sólo acudió a 3 citas (Ramírez del Corral, 1996).

Estudios sobre la Asistencia de los Pacientes a las Sesiones en México

Existen investigaciones e informes realizados en México sobre la inasistencia de los pacientes. Dada su relevancia para este proyecto se describen a continuación.

Lorentzen Gordillo (1986) informó de datos sobre deserción en un Centro de Servicios Psicológicos. El término deserción fue definido como el abandono de un compromiso de asistencia por parte de los pacientes que habían solicitado ayuda. De 404 pacientes que solicitaron asistencia durante un año 242 desertaron, lo cual representa el 60.5%. La mayoría de los que desertaron no se presentaron al tipo de terapia asignada (grupal) o bien no la concluyeron. Ante este problema se enviaron cuestionarios a domicilio a 100 pacientes que abandonaron el tratamiento para indagar las causas de la deserción y se les solicitó que lo entregaran en las oficinas del centro de servicios. Como resultado se obtuvo respuesta en sólo cinco cuestionarios. Algunas de las razones expuestas fueron: falta de interés por la terapia grupal, falta de tiempo, tiempo prolongado en la espera del servicio y falta de interés por no encontrar terapeuta. Parece que el envío postal para conocer las causas del abandono no es la mejor opción para saber las respuestas de los pacientes.

En otra investigación Ramírez (1996) realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores que intervienen para que el paciente deprimido abandone el tratamiento

psicológico. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos con apoyo de los equipos interdisciplinarios de salud mental del área de consulta externa.

El instrumento empleado se conformaba de 134 preguntas. Las variables evaluadas en el cuestionario fueron datos generales, acceso al medio de transporte, costo y tiempo que utiliza el paciente para solicitar atención médica, caminos a tratamiento, percepción del paciente del servicio de psiquiatría, citas subsecuentes en los diferentes servicios, intervención del equipo de salud mental y otros motivos de abandono del tratamiento.

Se buscó por teléfono a los 61 pacientes y se logró contactar 29 a quienes se les pidió asistir a contestar un cuestionario sobre motivos de abandono. Sólo se presentaron cuatro personas y por tanto se decidió visitar a sus domicilios a los 57 pacientes restantes. Sólo se pudo contactar a un total de 44 pacientes. Sin embargo, al revisar los cuestionarios, faltaron preguntas por contestar en algunos de ellos. Por lo tanto, se decidió realizar una segunda aplicación para ampliar la muestra. Se siguió el mismo procedimiento de la primera aplicación, obteniendo 17 sujetos, que, junto con la muestra ya recabada sumaron una muestra final de 61 sujetos (16 hombres y 45 mujeres), con edad promedio de 40 años y el rango de edad de 22-65 años. Estos pacientes habían abandonado el tratamiento sin previo aviso.

Los resultados del análisis de los cuestionarios fueron clasificados en tres factores principales para abandonar el tratamiento psicológico: factores personales, factores institucionales y factores laborales; en la Tabla 2 se muestra la frecuencia para cada uno de estos.

Tabla 2. Motivos referidos por los pacientes para dejar de asistir

% de pacientes	Motivos por los que dejaron de asistir
60.6	Personales: sentir mejoría o no sentirla, sentir flojera, no tener quien cuidara a sus hijos, considerar que su problema es físico, temor a volverse adictos a los medicamentos, no sentir confianza en el tratamiento, temor a ser internados, no querer contar sus problemas, considerar que no estaban locos, recordar situaciones pasadas, falta de dinero, falta de tiempo, enfermedad, accidente, etc.
18	Laborales: falta de permisos en el trabajo, ser liquidados o cambiados del empleo, dejar de percibir económicamente por asistir, ya no tener derecho al servicio recibir burlas de los compañeros de trabajo por recibir tratamiento psicológico.
11.4	Institucionales: hacer esperar mucho tiempo al paciente, programación de citas muy espaciadas, haber sido incluido en psicoterapia de grupo, uso exagerado de pruebas psicológicas, proceso de diagnóstico, procedimientos administrativos, falta de información con respecto a la enfermedad y duración del tratamiento y déficits de funcionamiento hospitalario.

Los resultados pueden tomarse como indicativos de que existe más de un motivo para abandonar el tratamiento. Destaca que los factores personales, es decir, una variable del paciente, haya sido lo más frecuente para abandonar. En segundo término los factores laborales fueron el principal motivo para abandonar y finalmente los factores institucionales. El resultado muestra que existen algunas variables fuera del alcance del desempeño de los terapeutas y de la institución que influyen de manera importante para que el paciente deje de asistir.

Por otro lado, Saucedo et al. (1997) realizaron un de tipo descriptivo donde detectaron a los pacientes que desertaron de la terapia durante un año, identificando como paciente desertor a aquél que después de haber asistido a una o más citas subsecuentes no

reprogramó una nueva cita en el lapso de tres meses e identificaron como paciente no desertor o activo al que asiste en forma regular a las consultas subsecuentes.

Para el desarrollo del estudio solicitaron al Departamento de Informática del Instituto Mexicano de Psiquiatría la relación mensual de pacientes que no acudieron a su cita subsecuente programada y no incluyeron a los pacientes que de forma espontánea programaron una nueva cita en el curso de los tres meses siguientes, seleccionando únicamente a los que habían desertado definitivamente. Se solicitó el expediente de estos pacientes para contactarlos vía telefónica; simultáneamente se detectó a los pacientes que en opinión de su médico tratante, tenían apego terapéutico y que hacía uno o más años que asistían a consulta externa en forma regular.

En ambos grupos se seleccionó una muestra representativa de 100 pacientes para la aplicación del cuestionario de Detección de Factores de Riesgo Asociados con la Deserción del Paciente Psiquiátrico, elaborado por personal del área de Trabajo Social.

Entre los hallazgos más importantes se observó que la frecuencia de deserción durante el lapso de la investigación fue de 7%. Los pacientes que más desertaron o tuvieron más probabilidades de desertar fueron las mujeres. El promedio de edad de ambos grupos fue de 42.7 años. Se trató de una población económicamente activa y que contaba con apoyo familiar. El diagnóstico que prevaleció en ambos grupos fue el de trastornos afectivos.

En el grupo desertor el mayor porcentaje correspondió a profesionistas, y en el grupo control, los que tuvieron más probabilidades de abandonar el tratamiento tuvieron escolaridad básica. En promedio, los pacientes desertores habían asistido a seis citas, y el grupo control a 31 hasta el momento en que se aplicó el cuestionario.

Por su parte, Velázquez et al., (2000) realizaron un estudio para documentar la permanencia de pacientes y sus motivos de abandono en una institución de salud mental donde se analizaron los expedientes clínicos de una muestra aleatoria de 314 pacientes, de los cuales 177 eran mujeres y 137 hombres de entre 13 y 91 años de edad.

La muestra de pacientes fue contactada vía telefónica y se encontró que 273 (87%) de los pacientes habían dejado de asistir a sus citas programadas; de los 41 restantes (13.05%),

33 pacientes (10.5%) continuaron con su tratamiento, 7 pacientes (2.22%) fueron dados de alta y uno (0.33%) fue canalizado a otra institución. Del total de pacientes que desertaron (273), resultó imposible localizar a 209 (66.57%) por causas diversas como que el paciente no vivía en el teléfono registrado, no existía el número telefónico, la familia del paciente no disponía de servicio telefónico, no lo conocían en el domicilio contactado, etc.

Se logró localizar a 64 pacientes (20.38%) a quienes se les realizó la pregunta estándar ¿cuál fue el motivo por el cual dejó de acudir a consulta externa en el Instituto? Las razones más frecuentes que expresaron los pacientes para abandonar el tratamiento se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Razones frecuentes para abandonar (Velásquez et al. 2000)

<i>Razones que informaron los pacientes</i>	<i>%</i>
- Sentir mejoría	19.56
- Haberse atendido en otra institución	17.39
- Falta de recursos	10.86
- Problemas diversos o no tipificados no asignables a los demás motivos	7.6
- Maltrato por parte del psiquiatra tratante	6.52
- Molestias o efectos colaterales de fármacos	6.52
- Fallecimiento, haberse resuelto el problema, dársele de alta, no vivir en la Cd. de México, no desear tratamiento, problemas administrativos, lejanía de las instalaciones del servicio de salud, haberse suicidado.	5.5
- Categoría general de motivos no tipificables	2

En una investigación más reciente, Jurado (2002) buscó la relación entre los rasgos de personalidad y el abandono de la psicoterapia. Se utilizó el MMPI 2 y el número de sesiones a las que acudieron dos grupos de pacientes (los que abandonaron y los que no abandonaron).

Para la investigación se tomó una muestra de 163 sujetos, todos eran alumnos universitarios, de los cuales 106 fueron mujeres y 57 hombres. El rango de edad fluctuó entre los 15 a los 27 años en su mayoría con estado civil soltero (93%). El escenario del estudio fue el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, en donde se atienden problemas específicos de la adolescencia y juventud (problemas de identidad, de vocación, de rendimiento escolar, de relación con la autoridad y competencia con los demás, adicciones, etc.). Se aplicó el MMPI 2 a todos los estudiantes que asistieron por primera vez a consulta a dicho departamento. Se realizó una sesión de información para los psicoterapeutas participantes en donde se les informó acerca de los objetivos de la investigación y la forma en la que participarían.

La muestra se dividió con base en el número de consultas a las que se acudieron, en un grupo los que asistieron de 1 a 4 sesiones y en otro los que asistieron de 5 a 20 sesiones.

Los resultados del MMPI 2 y los dos grupos de la muestra, indicaron diferencias significativas en dos escalas clínicas (depresión e histeria), dos escalas de contenido (preocupación por la salud y enojo) y una suplementaria (fuerza del yo), se concluyó que la mayor severidad de los síntomas se asoció con mayor permanencia en el tratamiento.

De acuerdo con el estudio, la gravedad de los síntomas obtenidos a través del MMPI 2 tuvieron relación directamente proporcional con la permanencia en tratamiento de los pacientes; las mujeres presentaron una correlación más significativa para la permanencia a un mayor número de consultas.

Existe otra investigación en el ámbito del tratamiento psicológico y los motivos para abandonar el tratamiento (Jaimes, 2005). Este autor estudió variables sociodemográficas, satisfacción con el terapeuta, satisfacción con el tratamiento, estigmatización, realización de tareas por parte del paciente y solución de sus problemas. La muestra se conformó de

60 pacientes que asistieron a terapia cognitivo conductual en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Como instrumento se empleó un cuestionario validado por jueces que se diseñó para este estudio. Se solicitó autorización a los terapeutas para tener acceso a los expedientes de sus pacientes y contactarlos vía telefónica para aplicar el cuestionario. El grupo de los pacientes que abandonó el tratamiento quedó definido como aquellos que asistieron a la entrevista inicial y al menos a dos sesiones posteriores pero después fueron dados de baja debido a que dejaron de asistir de forma unilateral, sin cancelar ni avisar al terapeuta. Los pacientes que terminaron el tratamiento de manera adecuada fueron los que siguieron hasta que el terapeuta los dio de alta. Como resultado no se encontraron diferencias significativas entre los que abandonaron y los que fueron dados de alta en las variables edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad, estigma de “enfermo mental”

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de sesiones que asistieron los pacientes: los que completaron el tratamiento asistieron a 14 sesiones en promedio mientras que los que abandonaron sólo asistieron a siete. Los pacientes que abandonaron estuvieron insatisfechos con su terapeuta: sintieron que el terapeuta no les comprendió, no identificó cuál era su problema, no tenía la preparación suficiente para ayudarlo y no les agradó. Además, los pacientes que abandonaron estuvieron insatisfechos con el tratamiento: esperaban otro tipo de terapia, el tratamiento no estaba dando resultados, no ayudaba a resolver sus problemas y no les ayudaba a sentirse mejor. De igual manera, estos pacientes no hicieron las actividades asignadas en la sesión, no estuvieron interesados en el tratamiento y pensaron que podían resolver sus problemas sin ayuda. Los pacientes que abandonaron percibieron que sus problemas no se habían resuelto o empeoraron a diferencia de los que continuaron el tratamiento hasta ser dados de alta.

Pueden extraerse varios puntos a manera de conclusión acerca de la asistencia de los pacientes a las sesiones con las investigaciones realizadas en México. En primer lugar, el uso del correo postal no representa la mejor opción para preguntar a los pacientes por qué dejaron de asistir debido a que muy pocos dan respuesta. De manera similar, acuden pocos pacientes cuando se les cita para preguntarles por qué dejaron de asistir. En

segundo lugar, en congruencia con la literatura internacional, existen varios motivos diferentes para que los pacientes dejen de asistir al tratamiento, desde razones personales (no tener quien cuide a los hijos, no querer contar sus problemas) hasta razones laborales (falta de permisos en el trabajo). En tercer lugar, la severidad sintomática de los pacientes y la satisfacción con el terapeuta se relacionó con que asistieran más sesiones. En cuarto lugar, no se encontró una característica única e invariable que estuviera presente en todos los pacientes que abandonaron. Esto último habla de la complejidad del problema y quizá deberían de considerarse distintas variables al mismo tiempo para estudiar este fenómeno.

Elección de un Modelo para Estudiar la Asistencia de los Pacientes a las Sesiones: Investigación de Resultados en Psicoterapia

Como se observó anteriormente, el problema de la inasistencia a las sesiones está multi-determinado y no existe una postura definitiva e inequívoca acerca de cómo o con qué variables estudiar este problema. Sin embargo, es posible clasificar las variables que pueden estudiarse frente a este fenómeno. En la revisión que se expuso anteriormente, las variables se clasificaron en: variables del paciente, variables del terapeuta, variables de la relación paciente-terapeuta y variables del contexto.

Existe un modelo que no se enfoca en la explicación de la asistencia de los pacientes a las sesiones conocido como "Investigación de Resultados en Psicoterapia". Este modelo busca explicar a qué se debe que funcionen los tratamientos psicoterapéuticos independientemente del enfoque empleado. Lo relevante del mismo es que las principales variables que explican el éxito de un tratamiento se clasifican en: variables del paciente y variables de la relación paciente-terapeuta. La pregunta que podemos plantearnos es ¿es posible estudiar la asistencia de los pacientes a las sesiones a partir de las variables propuestas en la Investigación de Resultados en Psicoterapia? Suponemos *a priori* que esto es posible. Para profundizar en el tema, enseguida se hablará de la Investigación de Resultados en Psicoterapia y los Factores Comunes entre Psicoterapias con el propósito de retomar dicho modelo para estudiar la asistencia de los pacientes a las sesiones.

¿A que se deben los resultados en psicoterapia?

Por varias años ha persistido la pregunta acerca cuál enfoque de psicoterapia es mejor que el otro. Mientras que existen diferencias entre enfoques teóricos, también existen componentes comunes entre ellos. Como se mostrará más adelante, existe evidencia de que los factores comunes entre psicoterapias son los principales responsables del cambio en los pacientes.

Entre distintos enfoques de psicoterapia existen técnicas que caracterizan a cada una. A los aspectos que hacen diferente a un enfoque de otro se les llama factores específicos porque son característicos (específicos) de cada enfoque. Por otra parte, a los componentes que existen invariablemente en cualquier enfoque de psicoterapia, como la empatía, alianza, colaboración, dado que son comunes a todas las psicoterapias, se les llama factores comunes. Por décadas, ha existido el debate sobre qué enfoque de terapia es mejor. Ante el hecho de que los pacientes pueden mejorar independientemente del enfoque terapéutico, se ha propuesto que existen factores comunes entre las psicoterapias, los cuales son los responsables de los resultados. El primer artículo publicado que hizo referencia a los factores comunes es el de Saul Rosenzweig (1936) en *Journal of Orthopsychiatry*, el cual por su relevancia se publicó nuevamente en otra revista (Rosenzweig, 2002). En su artículo comenta que existen inevitablemente ciertos factores no reconocidos en cualquier situación terapéutica, factores que podrían ser más importantes que aquellos que se supone son empleados a partir del enfoque terapéutico. Por ejemplo, escribe el autor, es concebible que el psicoanálisis -cuando es efectivo- no se deba a la verdad de la doctrina psicoanalítica en términos del desarrollo, sino a que el analista en la práctica de este método, sin darse cuenta permita al paciente “recondicionar” ciertos patrones sociales inadecuados en términos de la situación actual. Esto constituye un fenómeno que se explica mejor por la teoría de Pavlov que la de Freud. Si fuera así, entonces los conceptos de Pavlov son más ciertos que los de Freud en el análisis exitoso del paciente y el resultado terapéutico no podría usarse como una demostración de la teoría. En otras palabras, el resultado exitoso de un tratamiento no puede tomarse como indicador de la razón (certeza) que tiene el enfoque empleado. Es así que cabe preguntarse qué explica los resultados en distintas formas de psicoterapia.

O en el caso de que los enfoques sean aparentemente distintos, qué hay en común entre las terapias que las hacen igualmente exitosas.

En 1992, Michael Lambert propuso cuatro factores terapéuticos: 1) las variables del paciente y los elementos extraterapéuticos, 2) los factores comunes de los distintos enfoques, 3) el placebo y las expectativas del paciente y 4) las técnicas que caracterizan a cada enfoque, como los elementos principales que explican la mejoría de los pacientes. Aunque su artículo no se derivó de un análisis estadístico, propuso que éstos son los factores que engloban a los estudios empíricos en los resultados de la psicoterapia. También mencionó que los fundamentos para esta interpretación eran amplios, con base en décadas, considerando distintos trastornos en adultos, a través de distintos diseños de investigación, incluyendo estudios epidemiológicos, ensayos clínicos comparativos y estudios experimentales. A partir de este mapa conceptual, Hubble, et al (1999) reunió a varios investigadores de resultados en psicoterapia para revisar décadas de investigación y revelar sus implicaciones para la práctica. Sus hallazgos mostraron una importante contribución del paciente para el resultado del tratamiento, seguido por factores de la relación paciente-terapeuta y finalmente el factor placebo y el efecto de las técnicas empleadas.

Actualmente existen datos empíricos que confirman, con más de 100 estudios que incluyen análisis estadísticos (Lambert & Barley, 2002), la presencia de los cuatro factores comunes entre psicoterapias (Asay & Lambert, 2001). Además, estos resultados son congruentes con meta-análisis publicados que reportan que los distintos enfoques de psicoterapia son equivalentes en términos de los resultados que producen (Duncan, 2002; Wampold, et al, 1997).

Los Factores Comunes

Después del nacimiento de la psicoterapia con Sigmund Freud se han formado distintas escuelas de psicoterapia. A partir de 1960, el número de enfoques terapéuticos ha aumentado en un 600% (Miller, Duncan & Hubble, 1997). Se estima que existen más de 200 modelos terapéuticos y 400 técnicas (Bergin & Garfield, 1994). Las distintas psicoterapias más reconocidas (conductual, psiconalítica, humanística, racional emotiva, cognitiva) han debatido qué enfoque es el mejor. Sin embargo, desde hace varios años,

por medio de comparar distintos estudios, no se ha encontrado evidencia de que un enfoque sea superior a otro (Bergin & Lambert, 1978). Se ha propuesto que la semejanza en resultados de los enfoques se debe a que, más que ser diferentes, son similares en ciertos componentes llamados “factores terapéuticos comunes” porque están presentes de forma general (común) independientemente de la orientación teórica.

Los factores terapéuticos comunes pueden dividirse en cuatro áreas: 1) factores del paciente y extraterapéuticos, 2) factores de la relación paciente terapeuta, 3) expectativas y efecto placebo y 4) factores del modelo terapéutico y sus técnicas. La Figura 1 muestra el grado en que cada factor contribuye al resultado de la psicoterapia (Asay & Lambert, 2001; Duncan, 2002; Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2002).

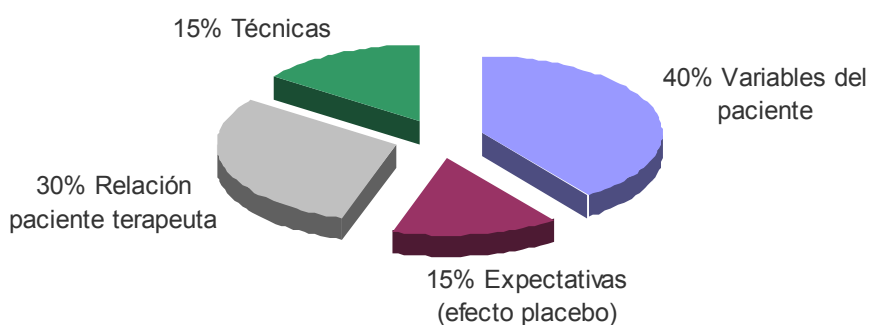


Figura 1. Factores que contribuyen en el resultado de la psicoterapia

Las Variables del Paciente y los Factores Extraterapéuticos

Lambert (1992) concluyó que el 40% de la mejoría en psicoterapia puede atribuirse a las variables del paciente e influencias extraterapéuticas. En este factor se incluyen la fortaleza del paciente y otros mecanismos homeostáticos, aspectos ambientales como

eventos fortuitos y el apoyo social, consejería con personas no profesionales, remisión espontánea, el diagnóstico, severidad y complejidad de los problemas, duración del trastorno (cronicidad), capacidad para relacionarse y presencia de trastorno de personalidad. Las características del paciente y las circunstancias fuera de la terapia influyen mucho en el resultado.

Existe amplia investigación sobre variables del paciente (Garfield, 1994) que apoya la postura de que los pacientes mejoran en gran parte por su propio esfuerzo. Por ejemplo, la gente con trastornos psicológicos acude con otras personas que son esenciales para mejorar, como son la familia, los amigos, personas de su religión, literatura de autoayuda y grupos de autoayuda (Lambert & Barley, 2002). Además, muchas personas que buscan ayuda fuera de intervenciones profesionales y que son consideradas “sin tratamiento”, reciben en realidad intervenciones psicológicas de su ambiente natural o por medios indirectos como la participación en grupos guiados por gente con un poco de entrenamiento (Bohart, 2000).

El hecho de que el 40% de la mejoría en psicoterapia se deba a factores del paciente es contrario a la creencia de que el éxito del tratamiento se debe al terapeuta, su enfoque, o las técnicas que utiliza. De acuerdo con Bohart (2000) las distintas terapias funcionan de manera similar porque comparten un ingrediente importante que regularmente queda ignorado, es decir, el paciente y sus propios recursos. La terapia funciona en gran medida porque la capacidad del paciente para cambiar trasciende cualquier modelo terapéutico.

En el mismo orden de ideas, la terapia no sólo funciona en los distintos enfoques de tratamiento, sino también entre profesionales y paraprofesionales (Berman & Norton, 1985), así como entre terapeutas expertos como principiantes (Vocisano, et al, 2004).

Los Factores de la Relación Paciente Terapeuta

Los factores de la relación paciente terapeuta explican aproximadamente el 30% de la mejoría de los pacientes (Lambert, 1992). Algunos de estos componentes han sido conceptualizados como empatía, consideración positiva, calidez, congruencia y genuinidad. La mayoría de las escuelas de terapia aceptan la noción de que estas variables son importantes en el progreso de la psicoterapia. Además, existen distintas

publicaciones que muestran que las variables de la relación terapéutica se relacionan con el resultado del tratamiento (Howard & Orlinsky, 1986; Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Norcross, 2002; Patterson, 1984).

Dentro de los factores de la relación se encuentra la percepción que el paciente se forma de su terapeuta. Es posible estudiar a la relación a partir de una tercera persona (observadores entrenados) para evaluar la interacción paciente terapeuta (Duehn & Proctor, 1977; Tracey, 1986). Sin embargo, la percepción que el paciente se forma de su relación con el terapeuta permite encontrar resultados más consistentes como se puede observar en correlaciones altas entre el progreso de los pacientes y sus autoinformes (Asay & Lambert, 1999; Bachelor, 1995; Bachelor & Horvath, 2001). Además, la percepción que el paciente se forma de la relación es un predictor consistente de la mejoría (Gurman, 1977) como puede observarse en el estudio de Blatt, et al. (1996) en el cual se analizó la percepción del paciente. Al igual que en otras investigaciones, la mejoría guardó una relación débil con el tipo de tratamiento (incluyendo el farmacológico) pero tuvo mayor relación con la calificación que el paciente asignó a la calidad de la relación terapéutica

Otro componente importante es el de alianza terapéutica. Este aspecto se refiere al consenso, calidad y fuerza de la relación colaborativa entre paciente y terapeuta. Existen más de 24 distintas escalas de alianza (Horvath & Bedi, 2002). Los elementos que comparten las escalas son: vínculo personal, involucración activa con el tratamiento, acuerdos en colaboración, metas y tareas. La relación entre la alianza y el resultado del tratamiento es moderada con un tamaño del efecto de .26 (Horvath & Symonds, 1991). Parece ser que este constructo, que está presente en las distintas formas de psicoterapia, necesita de más de una sesión para establecerse y consolidarse; después permanece relativamente estable a lo largo del tratamiento (Horvath & Bedi, 2002)

Las Expectativas y el Efecto Placebo

La investigación de resultados de la psicoterapia en las últimas décadas ha incluido el rol de las expectativas y del efecto placebo en el cambio del paciente (Weinberger & Eig, 1999). Este factor terapéutico se refiere a la proporción de mejoría que se deriva del conocimiento del paciente de que está siendo tratado y de su credibilidad hacia los

fundamentos del terapeuta y sus técnicas. Para que la terapia tenga éxito se requiere que el paciente y el terapeuta crean en el poder curativo del tratamiento. Frank (1973) habló de la importancia de las expectativas del paciente: sentir que es ayudado. Sugirió que este componente está presente en distintas formas de psicoterapia y en otras formas de curación como los tratamientos placebo en medicina y varios tipos de curas religiosas; lo que destaca es que se ofrece a la gente una esperanza de que hay algo que puede hacerse para ayudarles. En este sentido, los rituales son una característica que comparten los distintos procedimientos de curación en varias culturas y tienen su inicio en los orígenes de la sociedad humana. Su uso inspira esperanza y una expectativa positiva de cambio a partir de que quien la usa (curandero, brujo, chamán, sacerdote o psicoterapeuta) posee un conjunto especial de habilidades para curar; es decir, los procedimientos por si solos no son los agentes causales del cambio. Lo importante está en que los participantes tengan un método estructurado y concreto para promover el efecto placebo. Desde esta perspectiva, cualquier técnica de cualquier enfoque puede ser vista como un ritual curativo que inspira esperanza y expectativas de mejoría (Duncan, 2002).

Se estima que las expectativas, la esperanza y el efecto placebo contribuyen en un 15% en el resultado de cualquier tratamiento (Assay & Lambert, 1999; Lambert, 1992). Por ejemplo, en el estudio de Elkin et al. (1989) se comparó a la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal y un tratamiento placebo para el tratamiento de la depresión. Además de que no se encontraron diferencias en los efectos del tratamiento, hubo poca evidencia para apoyar la superioridad de las dos psicoterapias en comparación con el tratamiento placebo mas manejo clínico. Esto es, ambas terapias fueron efectivas pero los pacientes del tratamiento placebo mas manejo clínico también mejoraron.

Las Técnicas Psicoterapéuticas

Los modelos y las técnicas explican el 15% de la mejoría en la terapia (Asay & Lambert, 1999; Lambert, 1992). De forma simplificada, puede considerarse al enfoque y las técnicas como creencias y procedimientos que caracterizan a cada tratamiento específico. Ejemplos de algunas técnicas son la pregunta del milagro en la terapia enfocada en soluciones, la reestructuración cognitiva, la hipnosis, la desensibilización sistemática, biorretroalimentación, etc. De acuerdo con Frank (1973), los enfoques y las técnicas

pueden ser vistos como rituales terapéuticos o de curación. Al considerarse de esta forma, aún las terapias más novedosas como por ejemplo el reprocesamiento y desensibilización por el movimiento ocular (EMDR) no ofrece nada nuevo. Los rituales de curación han sido parte de la psicoterapia desde sus inicios como se ilustra en pedir a los pacientes que se acuesten en el diván, hablen con una silla vacía o que registren su conducta. Dado que las técnicas de psicoterapia no son distintas en términos de los resultados que producen (Shapiro & Shapiro, 1982) pueden ser vistas como métodos organizados para aumentar el efecto placebo.

Dependiendo de la orientación teórica, cada terapeuta habla de las técnicas o del enfoque, explica su fundamento, ofrece una explicación novedosa de los problemas del paciente y sugiere procedimientos para resolverlos. Rosenzweig (2002) propone que no importa si el terapeuta habla en términos psicoanalíticos o cristianos. Más bien, lo que cuenta es la consistencia formal con la que se usa la teoría, lo cual establece una base sistemática para el cambio y una formulación alternativa al paciente.

Existe tendencia a investigar los efectos de intervenciones o enfoques específicos. Quizá esto se deba a la llamada "práctica basada en la evidencia" que proviene de la tradición médica. Sin embargo, el éxito del tratamiento psicoterapéutico depende más de las fuerzas y recursos del paciente así como de la calidad de la relación paciente-terapeuta, que del tipo de tratamiento (Ogles, Anderson & Lunnen, 1999).

Así, el enfoque y las técnicas ayudan a los terapeutas a tener formas estructuradas y replicables para desarrollar y practicar valores, actitudes y conductas congruentes con los ingredientes específicos del enfoque terapéutico. Sin embargo, la aportación principal del enfoque y las técnicas es contribuir a la promoción de otros factores: los recursos del paciente, la relación terapéutica y el placebo.

En conclusión, existe evidencia de que distintos tratamientos pueden producir los mismos resultados (Elkin et al., 1989; Wampold et al., 1997). El hallazgo es congruente con el reporte de Seligman (1995) que señala que no existe una efectividad diferente ante los distintos trastornos. Frente a este hecho se ha redirigido la atención del enfoque del tratamiento a los factores comunes entre tratamientos que se relacionan con los resultados.

Los Factores comunes y su relación con la asistencia a las sesiones

A partir de lo expuesto anteriormente sobre los factores comunes de los resultados en psicoterapia, se propone que la inasistencia de los pacientes a las sesiones pueda ser explicada por los mismos factores. Es decir, la inasistencia a las sesiones se debe a variables del paciente, variables de la relación paciente terapeuta y expectativas del paciente.

La Primera Entrevista para Terapia

La psicoterapia es posible cuando pueden encontrarse paciente y terapeuta. Generalmente, el primer encuentro frente a frente sucede en la primera entrevista.

Definición de Entrevista

Existen varias definiciones de entrevista. Enseguida se mencionan algunas:

“La entrevista es un proceso de comunicación diádica con un propósito predeterminado y diseñado para intercambiar conductas incluyendo la formulación de preguntas y respuestas” (Stewart, 1982, p. 7).

“Una entrevista es una situación controlada en la cual una persona, el entrevistador, hace una serie de preguntas a otra persona, el respondiente (Kyats, 2000, p. 1).

“Una entrevista representa un diálogo verbal y no verbal entre dos participantes, cuya conducta afecta el estilo de comunicación del otro, dando lugar a unos patrones de interacción específicos. En la entrevista, un participante, que se denomina a sí mismo ‘entrevistador’ (o entrevistadora), intenta conseguir unos objetivos específicos, mientras que el otro participante suele asumir el papel de ‘responder a las preguntas’” (Shea, 2002, p. 6).

“Es una situación psicosocial compleja cuyas diferentes funciones, aunque formalmente analizables, se disocian difícilmente en la práctica profesional” (Nahoum, 1961, p. 10)

“La entrevista es un encuentro conversacional entre dos individuos incluyendo interacciones verbales y no verbales. No es un encuentro entre iguales debido a que existe diferenciación de roles entre sus participantes y los objetivos de la entrevista están determinados por el entrevistador” (Pope, 1979, p. 3).

Como puede observarse en estas definiciones, la entrevista implica la presencia de dos personas que se relacionan con un propósito predeterminado, el comportamiento de uno influye en el otro e inevitablemente uno procesa información acerca de lo que dice el otro. Al mismo tiempo, los participantes llevan consigo expectativas, valores y maneras particulares de interpretar lo que esté sucediendo lo cual implica subjetividad.

Tipos de Primera Entrevista

En el ámbito de la psicoterapia, cuando una persona pide ayuda pueden suceder una de dos cosas en el lugar o institución donde pidió apoyo. En el primer caso, algunas instituciones que brindan apoyo psicológico realizarían una “Entrevista de pre-consulta” (ver definición más abajo) con la cual se determinaría si es “admitido” para recibir tratamiento o bien si es necesario canalizarle a otros centros de atención (por ejemplo, para recibir psicofármacos). Posteriormente, se le realizaría una “entrevista de ingreso” o “entrevista de evaluación” con el objetivo de realizar mediciones psicológicas o determinar la naturaleza del problema presentado. Enseguida se iniciarían las “entrevistas terapéuticas” o de tratamiento. En un segundo caso, algunas instituciones o terapeutas tienen el primer contacto con el paciente por medio de una “entrevista de ingreso” o “entrevista de diagnóstico/evaluación” después de la cuál se inician las “entrevistas terapéuticas” (es decir, no realizan entrevistas de pre-consulta). La definición de cada una de estas entrevistas se muestra enseguida.

Entrevista de pre-consulta (screening interview). Esta entrevista se realiza cuando un paciente potencial busca atención psicoterapéutica. Su propósito es determinar si el individuo es candidato o no a recibir psicoterapia. La labor del entrevistador se centra por lo tanto en recabar datos acerca del problema presentado y la relación con el entrevistado no es lo más importante (Brems, 1999).

Entrevista de ingreso. Es una entrevista directiva y focalizada. Enfatiza el establecimiento de la relación terapéutica por lo cual el terapeuta asume un rol de apoyo y en consecuencia se enfoca más en el paciente que en recabar datos (Brems, 1999). Esta entrevista puede durar una o dos sesiones divididas en dos semanas y su propósito es establecer el inicio de futuros encuentros entre el terapeuta y el paciente. Esta entrevista también se puede llamar "primera entrevista" y se describe en detalle más abajo.

Entrevista de diagnóstico/evaluación. Su propósito es recoger de forma verbal y/o escrita la biografía del sujeto y determinar, a través de lo que dice, sus opiniones, actitudes y características personales la ubicación en un sistema clasificatorio (Nahoum, 1961).

Entrevista terapéutica o de consejo. Implica el desarrollo y mantenimiento de una relación profesional en la cual el entrevistador escucha activamente al cliente con el fin de evaluar y comprender la naturaleza de las preocupaciones y problemas del paciente. El entrevistador es un instrumento de cambio para reducir o eliminar el estrés del paciente (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1993). Este tipo de entrevista es la que se emplea una vez que el paciente ya ha tenido las sesiones iniciales con el terapeuta.

Para el caso de esta investigación, el interés principal está en la primera entrevista, es decir, aquella en la cual se encuentran por primera vez, frente a frente, el paciente y el terapeuta con el propósito de iniciar el primero de futuros encuentros.

¿Qué es la Primera Entrevista (Entrevista de Ingreso)?

La primera entrevista o entrevista de ingreso es con frecuencia la primera vez que se encuentran el terapeuta y el paciente (a menos que el terapeuta haya llevado a cabo el contacto inicial también). Esta sesión tiene varios propósitos que debe cubrir el terapeuta. De acuerdo con Brems (1999) la primera entrevista se usa para 1) establecer una relación terapéutica, 2) reunir información y 3) formular una conceptualización preliminar del caso y plan de tratamiento.

El establecimiento de la relación (rapport) es un componente crítico en la primera entrevista. El terapeuta debe tener la habilidad de ayudar al paciente a que se sienta

escuchado y comprendido a la vez que reúne los datos necesarios mientras permanece sensible a las necesidades y sentimientos del paciente. Debe tenerse en cuenta que si el paciente presenta una crisis, tendencias suicidas u homicidas la estructura de la primera entrevista se suspende y se realiza intervención en crisis. Si esto sucede, el rapport debe mantenerse debido a que es un componente esencial.

La primera entrevista puede ser larga y se lleva a cabo en una sola sesión o en dos sesiones a lo largo de dos semanas. Esta entrevista es directiva pero se centra mucho en el establecimiento de la relación por lo cual está enfocada en el paciente. El terapeuta adopta un rol de apoyo y el interés se centra en el paciente.

Es conveniente que el terapeuta explique al paciente la naturaleza de la primera entrevista para que quede comprendida la razón de hacer preguntas. Esto es importante porque el terapeuta solicitará una cantidad considerable de información por medio de preguntas verbales o cuestionarios. Si el paciente no comprende la razón de estas preguntas y si las preguntas no se formulan con cuidado y respeto, el paciente podría perder el interés en el proceso terapéutico.

La relación terapéutica se desarrolla a lo largo de las sesiones, sin embargo, su base descansa con frecuencia en la hora inicial de interacción entre paciente y terapeuta.

Etapas de una Entrevista

El desarrollo de la entrevista puede darse en al menos tres momentos. La primera etapa que es de presentación o apertura comienza cuando el clínico y el paciente se ven por primera vez y termina cuando el clínico se siente lo bastante cómodo para empezar a preguntar sobre las razones que han llevado al entrevistado a buscar ayuda profesional. En algunos casos en este momento se pide información de identificación o datos sociodemográficos al paciente. El llamado "rapport", la creación de un ambiente cálido y de confianza, se inicia en esta etapa. El terapeuta o entrevistador evita preguntas que antagonicen al paciente, preguntas que puedan ser percibidas con juicio sobre algo que el paciente haya dicho, preguntas que puedan avergonzar, humillar o culpar al paciente, preguntas vagas o sin valor específico. El establecimiento de la relación terapéutica (rapport) es un componente crítico en el proceso inicial (Brems, 1999). Esta etapa es muy

importante debido a que frecuentemente el paciente ya se haya formado una impresión sobre el entrevistador al final de la misma. La impresión inicial, esté justificada o no, puede influir en el curso de la entrevista y tal vez en el tratamiento.

En la segunda etapa se encuentra el cuerpo de la entrevista la cual se caracteriza porque el entrevistador pregunta al paciente por sus problemas actuales y se centra posteriormente en cuestiones concretas consideradas de interés. De acuerdo con Sommers-Flanagan & Sommers Flanagan (2003) esta etapa se caracteriza porque es el momento en que se recaba información. Por ejemplo, si el propósito de la entrevista es determinar si un paciente es candidato a terapia psicoanalítica, el cuerpo de la entrevista se centrará en realizar preguntas que permitan juzgar, entre otras cosas, si el paciente es capaz, si está preparado psicológicamente o si tiene los recursos económicos para obtener el tratamiento. Por otra parte, si la entrevista tiene fines diagnósticos la información que se recabe tendrá que ver con síntomas que permitan la ubicación en un sistema de clasificación diagnóstica. El paciente por su parte determinará en esta etapa si revela o no información personal al entrevistador y qué tipo de información personal puede revelar. Es probable que esta etapa sea el momento más importante para establecer una buena relación con el paciente. La mayoría de las veces en esta etapa el paciente ya está seguro de si le agrada el terapeuta o no. Estas opiniones del paciente no son inamovibles pero se tardaría bastante tiempo en modificarlas. De acuerdo con Shea (2002) en muchos casos en los que el paciente deja la psicoterapia después de las dos o tres primeras sesiones, la mala impresión causada por el psicoterapeuta se ha formado y consolidado en los primeros minutos de la entrevista inicial.

En la tercera etapa o de cierre el entrevistador anuncia que la entrevista está llegando a su término. En este momento, el entrevistador puede formular algún resumen o conclusión acerca del encuentro y de los temas abordados. También es conveniente preguntar al paciente si quiere agregar algo o si tiene dudas acerca de la entrevista. De hecho, es frecuente que los pacientes tengan preguntas al final de la entrevista, por ejemplo, “¿qué me pasa?, ¿qué es lo que tengo?, ¿a qué se debe mi problema?, ¿tengo solución?, ¿qué va a pasar?, ¿le he caído bien al entrevistador?, ¿nos vamos a ver de nuevo?, etc.” Lo conveniente es que el entrevistador responda con el mayor interés posible las preguntas del paciente con el fin de brindar una sensación de alivio al paciente pero sin retomar la entrevista nuevamente; se trata de que el entrevistado se sienta mejor

al final de la entrevista que al principio de ésta. En este sentido, Sullivan (1970) sostiene que la persona debe retirarse de la entrevista con esperanzas y con una comprensión mejorada de cuál ha sido su dificultad o aflicción. En otras palabras, se espera que al término de la primera entrevista el paciente se sienta mejor que cuando llegó. La primera entrevista es diferente de las sesiones de terapia en que a veces los pacientes se sienten peor que cuando llegaron debido al contenido de la sesión.

Hacia el final de la primera entrevista la percepción del paciente acerca del primer encuentro es determinante para la relación entre ambos. La percepción interpersonal es un componente inseparable de la relación. No puede existir una relación entre dos personas si no se perciben el uno al otro (Laing, Phillipson & Lee, 1966; Pope, 1979). Las cualidades del terapeuta debieron ser percibidas por el paciente (Kramer, 1978). En palabras de Carl Rogers: “es valioso notar que la forma en que se percibe al terapeuta, sus actitudes y procedimientos creará una diferencia en el cliente, y que es esta percepción la que es crucial” (1961, p. 44).

Cabe preguntarse si la primera entrevista es diferente en distintos enfoques de terapia (actualmente existen más de 400 enfoques, Frank & Frank, 1991). Cada uno de estos concibe a la entrevista de distintas formas. Sin embargo, es posible señalar que, independientemente del modelo teórico, la primera entrevista tiene siempre, entre otros, un componente común que es el establecimiento de la relación paciente terapeuta con el propósito de recabar información.

El Impacto de la Primera Entrevista en la Asistencia Subsecuente de los Pacientes

La gran mayoría de pacientes que deja de asistir lo hace cuando el proceso terapéutico está iniciando o está por iniciarse, específicamente, después de la primera entrevista. Como se observó anteriormente, existe amplia investigación sobre la inasistencia de los pacientes a las sesiones en cualquier momento, fases iniciales o intermedias del tratamiento. Sin embargo, existe menos investigación sobre la primera entrevista como objeto de estudio que puede relacionarse con la asistencia a más sesiones con el terapeuta. A continuación se describen algunas variables que se investigaron en la primera entrevista debido a que es éste el momento que se pretende estudiar con respecto de la asistencia a las sesiones.

***La comprensión, preparación, enseñanza del terapeuta
y duración de la primera entrevista***

Cuando la interacción se mantiene en el tiempo puede suponerse que es gratificante para sus integrantes. Además, cuando el terapeuta está preparado para ver al paciente, lo comprende y le enseña sobre sí mismo puede haber un efecto positivo. Tryon (1989) examinó la relación entre la asistencia a la segunda sesión y la comprensión del terapeuta, la preparación y la enseñanza a los pacientes así como la duración de la entrevista inicial. La autora llevó a cabo la investigación en un centro de consejería de una universidad privada. Participaron 4 terapeutas en formación (dos hombres y dos mujeres) que se identificaron a sí mismos con orientación psicodinámica. Sus pacientes fueron 173 estudiantes (111 mujeres y 62 hombres). Adicionalmente, participaron terapeutas profesionales con doctorado: cuatro clínicos y un consejero que tenían de 8 a 18 años de experiencia (tres mujeres y dos hombres). Sus pacientes fueron 127 estudiantes (79 mujeres y 48 hombres). Después de que se realizó la entrevista inicial se dio a los pacientes y a los terapeutas de forma independiente unos cuestionarios para llenar. Ni los pacientes ni los terapeutas vieron qué contestó el uno del otro. La secretaria tomó registro del tiempo que duró la entrevista a partir de que el paciente entró al consultorio hasta que salió. La autora midió tres elementos: a) la comprensión del terapeuta, b) su preparación y c) el grado en que el terapeuta identificó los intereses y le enseñó al paciente sobre sí mismo. Se prepararon dos cuestionarios para la investigación, cada uno de 9 preguntas. El cuestionario para el paciente fue idéntico que el cuestionario para el terapeuta excepto que la redacción se adaptó de acuerdo con quien lo fuera a contestar, por ejemplo, en la pregunta para el paciente “¿qué tan comprensivo fue su terapeuta?”, en el cuestionario para el terapeuta decía “¿qué tan comprensivo fuiste con el paciente?”. Ejemplos de otras preguntas son: ¿qué tanto comprendió el terapeuta sus sentimientos? ¿Qué tan preparado estaba el terapeuta para verle? Cada pregunta se respondió en una escala de cinco puntos. Los alfas de los cuestionarios estuvieron en un rango de .70 a .83.

Como resultado, con los terapeutas en formación asistió a la segunda sesión el 39% de los pacientes. Con los terapeutas profesionales asistió a la segunda sesión el 52% de los pacientes. No hubo relación entre la asistencia a la segunda sesión y la composición de

las díadas paciente-terapeuta (mujer-hombre, hombre-hombre, mujer-mujer, hombre-mujer).

Las evaluaciones que hicieron los pacientes sobre los terapeutas se revisaron con un análisis multivariado de varianza. Como resultado, no se encontraron efectos principales ni interacciones significativas con respecto a la asistencia a la segunda sesión.

Con relación a las evaluaciones que hicieron los terapeutas a los pacientes, se realizó también un análisis multivariado de varianza. Se encontró un efecto significativo en la variable "enseñar al paciente". Los terapeutas consideraron que enseñaron más a los pacientes que regresaron a la segunda sesión en comparación con los terapeutas que enseñaron menos a los pacientes que no regresaron.

La duración de la entrevista fue en promedio de 51.9 minutos en los casos donde el paciente regresó a la segunda sesión mientras que duró en promedio 39.3 minutos cuando no regresó. La diferencia fue estadísticamente significativa.

Cabe señalar que la enseñanza del terapeuta no es un componente que satisfaga a todos los pacientes. Una desventaja es que la enseñanza puede disminuir las conductas cooperativas del paciente (Patterson & Forgatch, 1985).

La observación de la interacción verbal entre paciente y terapeuta

Una forma en que se ha intentado estudiar el abandono es a través de la observación. En este sentido, parece haber relación entre ciertas categorías observadas y la inasistencia del paciente. Por ejemplo, en una clínica de consulta externa Duehn & Proctor (1977) observaron 64 entrevistas de primera vez donde 32 pacientes no regresaron a la siguiente sesión (promedio de edad de 37.3 años) y 32 regresaron (promedio de edad de 36.9 años). Se transcribieron los diálogos de las 64 entrevistas y se llevaron a cabo dos formas de codificación: la codificación de la congruencia estímulo-respuesta y la codificación de contenidos relevantes.

En la codificación de la congruencia estímulo-respuesta se utilizaron tres sistemas de categorías: 1) La respuesta congruente-sustantiva, que se refería a respuestas del

terapeuta cuyo contenido correspondía con lo que el paciente habló previamente o que daban retroalimentación al paciente de que se recibió el mensaje. 2) La respuesta congruente-no sustantiva, la cual hizo referencia a respuestas del terapeuta que, aunque no incluían el contenido de la respuesta previa, eran congruentes porque daban retroalimentación indicando que el clínico puso atención al estímulo verbal anterior, e.g. mm-uhm, ya veo, sí, ok, etc. 3) Las respuestas incongruentes, es decir, respuestas del terapeuta que no se referían o no contenían el mensaje previo del paciente (por ejemplo, el terapeuta pregunta sobre un tema distinto al que mencionó el paciente).

Con respecto a la codificación de contenidos relevantes, se pidió a los pacientes contestar con “sí” o “no” a la pregunta de “¿qué temas serán relevantes para la entrevista?” dándoles a elegir de entre 24 temas. Luego, las respuestas del terapeuta se agruparon en 3 categorías: 1) Respuestas de contenido relevante, es decir, las respuestas que incluían al menos un tema de los que el paciente escogió como relevante. 2) Respuestas de contenido irrelevante, esto es, las que no contenían ninguno de los temas identificados por el paciente y 3) Respuestas no sustantivas, es decir, respuestas sin contenido, e.g. mm, uhm, ok, sí.

Como resultado, los terapeutas fueron significativamente más incongruentes con los que abandonaron que con los que permanecieron (media de 14.3, para los que abandonaron; media de 6.9 para los que permanecieron, $t=3.34$, $df=62$, $p<.01$). Al estimar el tamaño del efecto (Rosnow & Rosenthal, 1988) puede verse que éste es moderado, $r = .39$.

El contenido de los clínicos fue más irrelevante a las expectativas de los pacientes que abandonaron versus los que permanecieron (media de 21.7 para los que abandonaron, media de 12.1 para los que permanecieron, $t=4.68$, $df=62$, $p<.01$). El tamaño del efecto (Rosnow & Rosenthal, 1988) para este caso también es moderado, $r = .51$.

Sin embargo, los sistemas de categorías propuestos, mientras que pueden ser valiosos, parecen insuficientes debido a que no está claro cómo se codificaron las “interrupciones”. Las interrupciones son un componente que también se presenta en las interacciones. Otra limitación del artículo es que no incluye ejemplos de codificaciones en las distintas categorías; esto hace difícil intentar la réplica del estudio.

Varios años después del estudio de Duehn & Proctor (1977), en la investigación de Tracey (1986) se reportó la existencia de correlatos interaccionales que se asocian con el abandono. En su estudio, el abandono prematuro se definió como el fracaso para establecer una buena relación de trabajo en psicoterapia; su indicador fue la asistencia de una a tres sesiones. Se partió del supuesto de que cuando surge un tema del cual hablar, el otro participante tiene la opción de seguir el tema sugerido o bien iniciar un tema diferente (lo cual indicaría una falta de acuerdo sobre de qué hablar). La hipótesis fue que aquellas díadas con abandono prematuro mostrarían menores grados de acuerdo en la determinación del tema. La determinación de tema se definió como la proporción de iniciación de temas que fueron seguidos por el otro participante. En el primer estudio que se llevó a cabo se contó con nueve terapeutas (cinco mujeres y cuatro hombres) con 10 años en promedio de experiencia postdoctoral y 18 pacientes (15 mujeres y tres hombres). Se transcribieron las entrevistas de primera vez de todos los pacientes. En el sistema de codificación se evaluó cada turno al hablar como iniciación/seguimiento de tema. En la iniciación/seguimiento de tema se codificó el nuevo tema con respecto al tema anterior en: a) contenido, b) la persona como sujeto, c) tiempo de referencia, d) nivel de especificidad, e) si constituía una interrupción. Si no difería el tema anterior del nuevo en ninguno de los criterios o si no había interrupciones, se codificaba como seguimiento de tema. Las interacciones se evaluaron de forma independiente por estudiantes de doctorado, el índice Kappa fue de .75 (91% de acuerdo entre jueces).

Como resultado, hubo menor número de iniciación de temas que fueron seguidos por el otro participante en los casos donde el paciente abandonó. Hubo mayor continuación de temas en los casos donde el paciente permaneció.

Con el objetivo de replicar la primera investigación, Tracey (1986) llevó a cabo un segundo estudio. Participaron 33 díadas: 11 terapeutas (nueve mujeres y dos hombres), 33 pacientes (17 mujeres y 16 hombres) sin obtener datos formales de diagnóstico. Se audiograbaron y se transcribieron las sesiones. En seis díadas hubo abandono (sólo asistieron de una a tres sesiones). Se utilizó el mismo sistema de categorías del estudio uno. Participaron evaluadores ciegos a las hipótesis de la investigación, índice Kappa de .71 (88% de acuerdo). Se obtuvieron los mismos resultados que en el estudio uno. Esta investigación tiene mayor alcance que la de Duehn & Proctor (1977) en el sentido de que fue replicada, aunque por el mismo autor.

Así, existe evidencia de que hay patrones verbales de interacción que indican que un paciente regresará o no después de la primera entrevista.

El deseo de volver a ver al paciente

La medida en que un paciente es agradable para el terapeuta se ha relacionado de forma positiva con el hecho de que regrese a una segunda sesión. Por ejemplo, Tryon (1986) estudió distintas características del paciente y el terapeuta con relación a la asistencia a la segunda sesión. Participaron 203 pacientes (128 mujeres y 75 hombres) que asistieron de primera vez a una clínica universitaria y nueve terapeutas en formación (cinco mujeres y cuatro hombres). Después de la entrevista inicial la secretaria de la recepción pidió a los pacientes y a los terapeutas que llenaran unos cuestionarios para que los pacientes evaluaran a los terapeutas en términos del interés, ayuda, competencia, calidez, genuinidad y agrado con la entrevista inicial en una escala de cinco puntos. Con el cuestionario los terapeutas evaluaron a los pacientes en términos de su discurso, inteligencia, capacidad de insight y agrado así como la gravedad de los problemas del paciente y el interés del terapeuta por ver al paciente en una escala de cinco puntos. Se emplearon cuestionarios breves con el interés de obtener todas las respuestas de los participantes con un mínimo de intrusión; la experiencia de la autora indica que en la práctica cotidiana los pacientes no responden de manera favorable a cuestionarios que son largos.

En los resultados no se encontró relación entre el sexo del terapeuta o del paciente y el abandono. Tampoco se encontró diferencia significativa entre el abandono y la composición del género de las díadas paciente terapeuta (hombre-mujer, mujer-mujer, hombre-hombre, mujer-hombre). La autora realizó un análisis de regresión múltiple para determinar qué variables se relacionaron más con el abandono. Las tres variables que se correlacionaron de forma positiva con la asistencia a la siguiente sesión fueron: la evaluación que dio el terapeuta a la gravedad de los problemas del paciente, la evaluación que dio el paciente al hecho de que el terapeuta identificara sus problemas y el interés del terapeuta por ver al paciente. El coeficiente de determinación ajustado fue de .31.

En consecuencia, es posible suponer que el deseo del terapeuta por ver al paciente se relacione con que éste regrese a la segunda sesión.

La percepción del paciente después de la primera sesión

Existe un estudio (Fiester, 1977) en el cual se comparó las percepciones de los pacientes formando dos grupos: pacientes cuyos terapeutas tenían mayor índice de abandono y pacientes cuyos terapeutas tenían menor índice de abandono. El autor informa que aplicó a los pacientes el *Therapy Session Report* después de la primera sesión. No encontró diferencias significativas entre las percepciones de los pacientes con respecto a edad, sexo, profesión, experiencia, terapia personal y clase social de los terapeutas. Sin embargo, encontró varias diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a cómo se percibió al terapeuta. Realizó un análisis de componentes principales e identificó cinco factores que caracterizaron la percepción de los pacientes cuyos terapeutas tuvieron mayor índice de abandono: Factor 1, inhibición/involucramiento; Factor 2, terapeuta con actividad ansiosa; Factor 3, terapeuta ineficaz para confrontar al paciente; Factor 4, entrevista terapeuta-dirigida y Factor 5, liberación catártica con terapeuta ansioso. En otras palabras, la inhibición, ansiedad y la ineficacia pueden ser componentes que perciben los pacientes en los terapeutas cuando asisten a una sola sesión.

Conclusiones

Para cerrar este capítulo es pertinente señalar algunas conclusiones. Un alto porcentaje, hasta el 50% de quienes asisten para recibir tratamiento psicológico lo abandonan. La mayoría de quienes dejan de asistir lo hace después de la primera sesión.

La inasistencia de los pacientes a las sesiones tiene efectos negativos en los terapeutas, en las clínicas que ofrecen servicios de salud mental, en lo económico y en los mismos pacientes dado que estos no mejoran.

Para responder qué variables se relacionan con la inasistencia de los pacientes se han propuesto tres ejes principales: variables del paciente, variables del terapeuta y variables de la relación paciente terapeuta. Estos ejes son congruentes con las variables

estudiadas en la Investigación de Resultados en Psicoterapia (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2002).

En lo que respecta a las variables del paciente, el estatus socioeconómico alto, personas de mayor educación, mayor tolerancia a la frustración y habilidades en relaciones interpersonales se relacionan con la asistencia a un mayor número de sesiones. Por otra parte, el aislamiento social, es decir, la poca habilidad para formar lazos firmes con los demás se relaciona con asistir a pocas sesiones. Las variables que no guardan relación consistente con la asistencia de los pacientes son: el sexo, gravedad de los síntomas, las etapas de motivación al cambio y el diagnóstico.

Las variables del terapeuta han recibido menos atención en el estudio de la asistencia a las sesiones subsecuentes por parte de los pacientes. Sin embargo, se sabe que el sexo y la experiencia del terapeuta no guardan una relación consistente con la asistencia de los pacientes.

En lo que respecta a las variables de la relación paciente terapeuta, las variables relacionadas con la asistencia de los pacientes son: la comprensión que el terapeuta logra del problema del paciente, el grado en que paciente y terapeuta logran seguirse el uno al otro en los temas que hablan, el deseo del terapeuta de volver a ver al paciente y la alianza terapéutica.

La primera entrevista entre paciente y terapeuta parece jugar un papel crucial para que el paciente regrese o no a la segunda sesión. Las variables de la primera entrevista que parecen afectar en mayor medida el retorno de los pacientes son: el deseo del paciente y el terapeuta de volverse a ver mutuamente, los acuerdos que logren ambos con respecto a cuál es el problema, la impresión del paciente acerca de que el terapeuta es atractivo, experto y digno de confianza. No existe una relación consistente entre el regreso del paciente a dos o más sesiones y el sexo o experiencia del terapeuta.

Finalmente, en los estudios realizados en México los pacientes dejan de asistir por sentir mejoría o no sentirla, atenderse en otra institución, falta de confianza en el tratamiento, falta de permisos del trabajo. Sin embargo, se desconoce qué impacto tiene la primera entrevista para que el paciente asista o no a sesiones subsecuentes.

En consecuencia, después de haber realizado la presente revisión, esta investigación busca, en términos generales, hacer la siguiente aportación al estudio de la asistencia de los pacientes a las sesiones en México: Conocer la percepción que se forman el paciente y el terapeuta, el uno del otro, para estudiar las diferencias entre los pacientes que regresan y los que no regresan después de la primera entrevista. Es posible que en esto también influyan algunas variables como el contexto y las expectativas del paciente por lo cual dichas variables también serán incluidas en la investigación.

ESTUDIO 1

LA PRIMERA ENTREVISTA Y LA ASISTENCIA A LA SEGUNDA SESIÓN CON EL TERAPEUTA: ESTUDIO SOBRE PERCEPCIÓN Y OBSERVACIÓN

La razón de realizar este primer estudio surgió de la revisión de la literatura. Específicamente, se partió de que la relación paciente terapeuta en la primera entrevista es uno de los componentes esenciales sobre los cuales podrían encontrarse respuestas al problema de la inasistencia de los pacientes. Como consecuencia, se realizó el presente estudio de manera exploratoria con el propósito de tener un primer acercamiento con los siguientes fenómenos: la primera entrevista, la percepción de los pacientes, la percepción de los terapeutas y la interacción verbal entre paciente y terapeuta.

Este estudio se llevó a cabo en dos partes: en la primera se expone la percepción paciente-terapeuta y su relación con asistir a la segunda sesión, en la segunda parte se presenta el trabajo realizado con apoyo de metodología observacional (Anguera, 1983) con la cual se estudió la interacción verbal entre paciente-terapeuta y su relación con asistir a la segunda sesión. Ambas partes del estudio se realizaron con la misma población de pacientes y terapeutas.

Primera Parte:

La Percepción Paciente Terapeuta y la Asistencia a la Segunda Sesión

De acuerdo con lo expuesto en la revisión de la literatura, la percepción que se forman mutuamente el paciente y el terapeuta puede relacionarse con la asistencia a sesiones subsecuentes. Por otra parte, en la investigación de resultados en psicoterapia, la relación paciente-terapeuta es un componente determinante en el proceso psicoterapéutico. Con estos antecedentes, se decidió realizar una aproximación exploratoria al papel que puede jugar la percepción paciente terapeuta con respecto de la asistencia a las sesiones.

Objetivos

Conocer si existen diferencias entre quienes asisten a la segunda sesión en comparación con quienes no asisten en cuanto a lo siguiente:

- La percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta en la primera entrevista.
- La percepción de agrado del terapeuta hacia el paciente en la primera entrevista.

Planteamiento del problema

¿La percepción del paciente y del terapeuta, uno acerca del otro, se relaciona con la asistencia del paciente a la segunda sesión?

Hipótesis

- La percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta es diferente en quienes asisten a la segunda sesión en comparación con quienes no asisten.
- La percepción de agrado del terapeuta hacia el paciente es diferente quienes asisten a la segunda sesión en comparación con quienes no asisten.

Diseño

Esta investigación fue de tipo no experimental dado que no se manipularon variables de forma deliberada (Kerlinger, 1988).

Método

Participantes

El tipo de muestreo empleado para la selección de los pacientes fue no probabilístico. Se invitó por escrito a todos los pacientes que se asignaron al servicio de Medicina Conductual para tener su entrevista de ingreso en los meses de marzo y abril de 2004 en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de

la UNAM. Cinco pacientes se negaron a participar en la investigación refiriendo que no tenían tiempo para contestar cuestionarios o bien que no les interesaba.

Participaron 41 sujetos. Del total 29 eran de sexo femenino y 12 del sexo masculino, 22 eran estudiantes, 16 trabajaban, dos se dedicaban a labores del hogar y uno era desempleado. El promedio de edad fue de 27.19 en un rango de 18 a 52. Con respecto de la escolaridad, 29 sujetos tenían estudios de licenciatura, nueve de preparatoria y tres de secundaria.

La mayoría de los pacientes (87%) buscó atención psicológica por interés propio mientras que el porcentaje restante acudió porque les enviaba un psiquiatra, un psicólogo o bien un familiar o amigo (tabla 4).

Tabla 4. Interés por el cual el paciente buscó atención psicológica

	<i>n</i>	%
Decisión propia	36	87.8
Le envía un psiquiatra	2	4.9
Le envía un psicólogo	1	2.4
Le envía un familiar o amigo	2	4.9
Total	41	100

Para 20 pacientes (48.8%) era la primera vez que solicitaban ayuda psicológica. Los otros 21 (51.2%) ya habían acudido antes a tratamiento psicológico o psiquiátrico (Tabla 5).

Tabla 5. Número de terapeutas vistos previamente por el paciente

Número de terapeutas	Pacientes	%
0	20	48.8
1	10	24.4
2	7	17.1
3	1	2.4
4	2	4.9
5 terapeutas o más	1	2.4
Total	41	100

Terapeutas

La elección de los terapeutas fue de forma intencional o selectiva (Rojas, 1991). Se invitó por escrito a participar de manera voluntaria en el estudio a todos los terapeutas del servicio de Medicina Conductual indicando que no habría consecuencias negativas en el caso de que rechazaran formar parte del estudio. Todos ellos aceptaron.

Participaron 15 terapeutas (13 de sexo femenino y dos de sexo masculino). La edad promedio fue de 24.6 en un rango de 21 a 30 años. Ocho terapeutas pertenecían a nivel de licenciatura y siete a nivel de maestría en medicina conductual. Los terapeutas refirieron trabajar con enfoque Cognitivo Conductual.

Instrumentos

Escala de Percepción de Agrado del Paciente hacia el Terapeuta

Se empleó la “Escala de Percepción de Agrado del Paciente hacia el Terapeuta” que se construyó para esta investigación. La escala está compuesta de 11 reactivos que miden con seis opciones de respuesta (“Totalmente de Acuerdo” a “Totalmente en Desacuerdo”) acerca de la evaluación que hace el paciente sobre su terapeuta al final de la primera

sesión en términos de sentirse a gusto con él y sensación de que sus necesidades han sido cubiertas. Los puntajes altos representan mayor percepción de agrado y los puntajes bajos menor percepción de agrado. La consistencia interna de la escala es de .81. Los detalles de la construcción de esta escala se muestran en el Anexo 1.

Escala de Percepción de Agrado del Terapeuta hacia el Paciente

Se utilizó la “Escala de Percepción de Agrado del Terapeuta hacia el Paciente” que se construyó para esta investigación. La escala se compone de 9 reactivos con seis opciones de respuesta (de “Totalmente de Acuerdo” a “Totalmente en Desacuerdo”) que miden la evaluación que hace el terapeuta sobre el paciente al final de la primera entrevista en términos de sentirse a gusto con él y sensación de haber realizado una buena entrevista. Puntajes altos representan mayor percepción de agrado y puntajes bajos menor percepción de agrado. La escala tiene consistencia interna de .83. Los detalles de la construcción de esta escala se muestran en el Anexo 1.

Deseabilidad social

Dado que el paciente contestaría un cuestionario de percepción hacia el terapeuta, se buscó identificar si sus respuestas fueron influidas por la deseabilidad social. Se empleó la “Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne” que mide la necesidad de aprobación social con 33 reactivos que representan conductas culturalmente sancionadas o aprobadas con poca probabilidad de ocurrencia. Las opciones de respuesta se contestan como cierto o falso. La escala ha sido adaptada para población mexicana (Lara Cantú y Suzan Reed, 1988).

Procedimiento

Se habló con la coordinadora del Servicio de Medicina Conductual del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se le hizo saber del proyecto de investigación y se solicitó su autorización para poder invitar a los terapeutas de dicho servicio. Después de que la coordinadora aceptó, se invitó a los terapeutas de forma oral y escrita a la vez que se les informó en qué consistiría el estudio. El formato de invitación escrita se elaboró a partir de las sugerencias hechas por

(Sternberger, 1988). Es importante señalar que en la invitación a los terapeutas no se usó la palabra “abandono” sino “asistencia a sesiones subsecuentes” con el objetivo de evitar un efecto en el que los terapeutas pudieran experimentar que estaban siendo evaluados con respecto a sus pacientes. Se enfatizó la finalidad científica y anónima del estudio cuando se les invitó.

Posteriormente, a partir de los días y horarios en que estaban citados los pacientes con los terapeutas, se esperó en el área de recepción del centro de servicios psicológicos a los pacientes. Después de que ellos expresaron que asistían para su entrevista de primera vez con un terapeuta, se procedió a invitarlos en forma verbal y escrita para participar en la investigación. Se les indicaba que podían tomar la hoja de invitación, leerla con toda calma y en caso de tener dudas o comentarios podían hacerlos, o bien, si estaban de acuerdo en participar se les solicitaba que escribieron su nombre y firmaran. Algunos pacientes tuvieron dudas después de leer el formato de invitación, por ejemplo, si tendrían que llenar cuestionarios todas las futuras ocasiones que finalizara la entrevista; se les aclaró que no sería así. Otros comentaron que preferían no aceptar porque no tenían tiempo para llenar cuestionarios; en cualquiera de los casos se les agradeció.

A los pacientes que aceptaron participar, el autor de esta investigación les aplicó la Escala de Deseabilidad Social antes de pasar a la entrevista. Después de que el paciente entregó la escala contestada, se revisó que no faltaran respuestas. Posteriormente el paciente pasó a su primera entrevista.

Cuando finalizó la entrevista, después de que el terapeuta despidió al paciente, el autor de este estudio aplicó al paciente en el área de recepción del centro de servicios psicológicos la “Escala de Percepción de Agrado del Paciente hacia el Terapeuta”, se aplicó por separado al terapeuta la “Escala de Percepción de Agrado del Terapeuta hacia el Paciente”. Se verificó que no quedaran preguntas sin contestar.

Así se procedió por aproximadamente dos meses. Luego se dio seguimiento a la asistencia de los pacientes a la siguiente sesión.

Con respecto del análisis de resultados, los datos de las tres escalas, deseabilidad social, percepción del paciente y percepción del terapeuta, fueron capturados en el paquete

estadístico para computadora “Social Package for the Social Sciences” (SPSS) versión 10.

Se formaron dos grupos de pacientes: los que asistieron a la siguiente sesión y los que no asistieron sin cancelar. Tres pacientes cancelaron (no se incluyeron en los análisis) y cinco fueron canalizados a otras instituciones.

Se compararon con la prueba *t* para grupos independientes las medias de los puntajes de ambos grupos, los que asistieron y los que no asistieron, en las escalas de percepción del paciente y la escala de percepción del terapeuta.

Posteriormente, se procedió a partir de las recomendaciones realizadas por la *American Psychological Association* (2001) y Mennicke et al. (1988) en el sentido de que en la investigación en psicología y en el estudio del abandono es importante reportar el tamaño del efecto o la significancia práctica de los resultados. En consecuencia, para conocer la significancia práctica (Rosenthal y Rosnow, 1984) se calculó el tamaño del efecto (Rosnow y Rosenthal, 1988).

Finalmente, se identificó qué relación existió entre la deseabilidad social y las respuestas de los pacientes a través del coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados

Asistencia e inasistencia a la siguiente entrevista

De los 41 pacientes que tuvieron su primera entrevista, 25 (61%) asistieron para la siguiente sesión, 8 (19.5%) no asistieron, 3 (7.3%) cancelaron y 5 (12.2%) fueron canalizados a otras instituciones de salud mental. Los pacientes que cancelaron refirieron que tuvieron un compromiso académico o laboral y se programó con ellos nueva cita. En consecuencia, se realizaron análisis con un total de 33 pacientes para estudiar a los que asistieron en comparación con los que no asistieron.

La Relación entre la Percepción del Paciente y la Asistencia:

Se esperaba que la percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta distinguiera a los pacientes que asisten a la siguiente sesión de los que no asisten. Las medias de los puntajes de los pacientes que sí asistieron (Media = 61.68) en comparación con los que no asistieron (Media = 57.75) indicaron que se presentó mayor percepción de agrado cuando el paciente asistió a la siguiente sesión. No se encontró que la diferencia fuera estadísticamente significativa, $t(31) = 1.78$, $p = .08$. Sin embargo, para profundizar el análisis e identificar la importancia práctica de esta diferencia, se calculó el tamaño del efecto que tiene la percepción sobre asistir o no asistir por medio del coeficiente de correlación producto momento de Pearson, $r = \sqrt{t^2 / t^2 + gl}$, (Rosnow y Rosenthal, 1988, 1993) con valor de .304. Esto indica un efecto moderado (Rosenthal y Rosnow, 1984) de la percepción del paciente sobre la asistencia a otra entrevista.

La relación entre la percepción del terapeuta y la asistencia:

Se esperó que la percepción del terapeuta hacia el paciente se relacionara con la asistencia del paciente a otra sesión. La media de los puntajes de los terapeutas mostró que la diferencia fue mínima. En los casos en que los terapeutas tuvieron menor percepción de agrado (Media = 45.6) los pacientes asistieron a otra entrevista mientras que en mayor percepción de agrado (Media = 45.75) los pacientes no asistieron a otra entrevista. La diferencia fue casi nula y no significativa, $t(31) = 0.091$, $p = 0.92$.

La relación entre Deseabilidad Social y Percepción del Paciente:

Para identificar si las respuestas de los pacientes estaban influidas por la deseabilidad social se analizó la relación entre los puntajes de estas dos escalas. El coeficiente de correlación de Pearson fue de 0.031, $p = 0.830$. La correlación fue nula y no significativa.

Discusión

El presente estudio investigó el efecto de la percepción sobre la asistencia a la siguiente sesión. Como se esperaba, los pacientes con mayor percepción de agrado asisten a la segunda sesión en mayor porcentaje que los casos con menor percepción de agrado. Estos resultados coinciden con los de McNeill et al. (1987) y Mohl et al. (1991). Además, en congruencia con la literatura de investigación de resultados en psicoterapia (Hubble et al. 1999; Norcross, 2002), la percepción de agrado del paciente, considerada como un componente esencial de la relación terapéutica, representa una variable relevante para estudiar qué pacientes regresan a la segunda sesión.

Por el contrario, cuando los terapeutas tienen mayor percepción de agrado sobre sus pacientes, éstos no regresan. El resultado contradice otros estudios (Tryon, 1986, 1999) donde se informa que el deseo del terapeuta por volver a ver al paciente se relaciona con que éste regrese a la segunda sesión. Una causa posible de dicho resultado es que “ética” o “profesionalmente” es inadecuado que un terapeuta reporte desagrado por su paciente. Del mismo modo, dado que varios de los terapeutas son jóvenes su actitud podría ser más tolerante con los pacientes. Finalmente, dada la diferencia mínima entre las medias de puntajes de mayor percepción de agrado y menor percepción de agrado (45.75 versus 45.6), no hay evidencia en este estudio para sostener que la percepción del terapeuta permita distinguir qué pacientes regresarán a una segunda sesión.

La variable “percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta” arrojó el mayor tamaño del efecto en el estudio para distinguir a los pacientes que asisten a una segunda sesión de los que no asisten. Así, cuando el paciente se forma mayor percepción de agrado hacia el terapeuta, aquel regresará a una segunda sesión con mayor probabilidad. Las respuestas de los pacientes en esta variable tuvieron poca influencia de la “deseabilidad social”. Es probable que esto se deba a que los cuestionarios no fueron aplicados directamente por los terapeutas en el consultorio, sino por una persona distinta a los terapeutas.

Este estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas debido, entre otras razones, al pequeño tamaño de la muestra. Sin embargo, la significancia estadística no

informa acerca de la magnitud de las relaciones entre variables, es decir, la significancia práctica o tamaño del efecto (Cohen, 1988). La presente investigación reportó ambos análisis, la significancia estadística y práctica de los resultados lo cual coincide con las recomendaciones de Mennicke et al. (1988) para estudiar la inasistencia de los pacientes.

Pueden presentarse varias sugerencias a partir de esta investigación. Primero, dado que los resultados apoyan en conjunto con otros estudios que la percepción de agrado que se forma el paciente hacia el terapeuta es importante para asistir a la segunda sesión, valdría la pena continuar el estudio de esta variable. Segundo, ante el hecho de que la percepción de agrado del terapeuta no ayudó a discriminar qué pacientes vuelven a asistir, sería valioso replantear con qué tipo de juicio puede distinguir el terapeuta qué pacientes volverán a asistir. Tercero, dado que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en este estudio, se propone la realización de un análisis de poder estadístico (Cohen, 1988) para determinar el tamaño de la muestra adecuado para rechazar las hipótesis nulas.

Limitaciones del estudio

Un problema que no se controló es que los terapeutas quizá tuvieron idea de la investigación que se realizó (estudio del abandono). Debido a esto, pudieron cambiar su desempeño y trato con los pacientes, de manera que “no fueran detectados” aquellos terapeutas cuyos pacientes no regresan. Además, es posible esperar que el comportamiento ético y profesional de los terapeutas influyeron para relacionarse de forma positiva con el paciente y evitar juicios de valor sobre éste. Así, con base en el comportamiento ético y profesional, es probable que los terapeutas hayan respondido de forma socialmente aceptable al momento de contestar la escala de Percepción de Agrado del Terapeuta hacia el Paciente.

Además, para la realización de este estudio se requirió de un mínimo de tres personas: el paciente, el terapeuta y el aplicador de las escalas. No se sabe si los resultados dependieron de la participación del aplicador de las escalas. La razón es que el paciente pudo desarrollar confianza distinta con quien le aplicó las escalas que con el terapeuta; eso pudo afectar las respuestas del paciente a las escalas. En este estudio no existe manera de saber el grado de confianza que se desarrolló con quien aplica las escalas en

comparación con el terapeuta y tampoco se puede saber el grado en que esto afectó los resultados. El efecto de tener una tercera persona, el aplicador de las escalas, es una desventaja de la investigación dado que impide llevar a la generalización de que los resultados podrían replicarse en el caso de que la investigación se realizara con pacientes y terapeutas, siendo éstos quienes apliquen las escalas. En otras palabras, en la práctica cotidiana el terapeuta trabaja de forma individual frente a sus pacientes y quisiera saber, o detectar, qué pacientes abandonarán y cuáles no; el hecho de necesitar de una tercera persona para aplicar escalas constituye un aumento en el costo para lograr el beneficio de identificar pacientes que abandonen.

Pudieron presentarse variables en la investigación que no se midieron de forma directa. Por ejemplo, a veces los pacientes salían de prisa una vez terminada su entrevista. De esa forma, el hecho de responder de prisa las escalas pudo ocasionar no dieran atención o seriedad suficiente a las escalas que debían contestar.

Otra limitación de la investigación es que basó la recolección de datos en el empleo de medios escritos, esto es, la aplicación de varias escalas. Existe el problema de que lo que escribe la gente al responder una escala no corresponda necesariamente con su conducta, sus pensamientos o sus emociones.

Dada la existencia de diversas variables que pueden influir para que un paciente asista a la segunda sesión, es importante recordar que los pacientes que abandonan constituyen un grupo heterogéneo (Mennicke et al. 1988) y que no todos comparten necesariamente mismas variables que los describan. En este sentido, los resultados de este estudio deben considerarse sólo como sugerentes de los componentes que pueden estar presentes cuando los pacientes no asisten a la siguiente sesión, es decir, debe distinguirse el caso de grupos de pacientes que abandonan de los casos individuales de pacientes que abandonan. Es distinto el estudio de un grupo que el estudio de un solo paciente.

Por otra parte, dado que la investigación se realizó en una clínica de atención al público general, eso indica que el promedio de la población fue de nivel socioeconómico medio y bajo. En ese sentido, los resultados sólo son válidos para la muestra con dicho nivel socioeconómico. Finalmente, el tamaño pequeño de la muestra (41 pacientes) además de

la forma en que se eligió (muestreo no probabilístico) no permite generalizar los resultados.

Segunda Parte:

Metodología Observacional, Interacción Inicial y la Asistencia a la Segunda Sesión

En la revisión de la literatura se encontró que la interacción verbal entre paciente y terapeuta permitió distinguir los casos en que el paciente regresó después de la primera entrevista a diferencia de los casos en que no regresó (Duehn & Proctor, 1977; Tracey, 1986). En consecuencia, se decidió investigar la interacción verbal para conocer si estos resultados podrían replicarse.

Objetivos

- Identificar patrones de la interacción verbal que distinguen a las díadas paciente terapeuta cuando el paciente regresa a la segunda sesión *versus* cuando no regresa.
- Explorar qué categorías de observación distinguen a las díadas cuando el paciente regresa a la segunda sesión *versus* cuando no regresa.

Planteamiento del problema

¿Existen diferencias en la interacción verbal entre paciente y terapeuta en los casos en que los pacientes regresan a la segunda sesión a diferencia de cuando no regresan?

Diseño

Esta investigación fue de tipo no experimental dado que no se manipularon variables de forma deliberada (Kerlinger, 1988).

Hipótesis

Existen diferencias en la interacción verbal entre paciente y terapeuta en los casos en que los pacientes regresan a la segunda sesión a diferencia de cuando no regresan.

Método

Participantes

Se consideraron los sujetos que pidieron atención psicológica en el Centro de Servicios Psicológicos en el área de Medicina Conductual en los meses de Marzo y Abril de 2004.

Se invitó a los pacientes a formar parte del estudio informándoles por escrito que se grabarían las sesiones y se les pidió su consentimiento para participar. Aceptaron un total de 41 pacientes cuyas características sociodemográficas fueron expuestas en la primera parte de este estudio.

Para la presente investigación se seleccionaron cuatro entrevistas de forma no aleatoria, dos de pacientes que no asistieron después de la primera entrevista y dos de pacientes que regresaron a una segunda sesión. Estos pacientes serán identificados en lo sucesivo por su respectivo número de día paciente-terapeuta a la que pertenecieron. Las características sociodemográficas de los pacientes se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Datos sociodemográficos de los pacientes que participaron en el estudio

Día	Sexo	Edad	Estado Civil	Grado de estudios	Ocupación	Variable dependiente
7	Femenino	41	Casada	Secundaria	Hogar	Regresó
8	Femenino	29	Soltera	Profesional	Traductora	No regresó
22	Femenino	20	Soltera	Profesional	Estudiante	Regresó
34	Masculino	21	Soltero	Profesional	Estudiante	No regresó

Por otro lado, también se registraron los antecedentes de atención psicológica de los pacientes. Llama la atención que uno de los pacientes que no regresó a la segunda

sesión ya había asistido antes con otros dos terapeutas como se muestra en la siguiente tabla 7.

Tabla 7. Antecedentes de atención psicológica de los pacientes que participaron en el estudio

Díada Núm.	Motivo para recibir atención psicológica	¿Primera vez que pide ayuda psicológica?	Número de psicólogos o psiquiatras con los que ha asistido antes
7	Decisión propia	Sí	Ninguno
8	Decisión propia	Sí	Ninguno
22	Decisión propia	Sí	Ninguno
34	Decisión propia	No	Dos

Los cuatro terapeutas que participaron para este estudio (3 de sexo femenino y 1 de sexo masculino) pertenecían al servicio de Medicina Conductual en el Centro de Servicios Psicológicos. La edad mínima era de 22 y la máxima de 26 años. El promedio de edad fue de 23. Tres terapeutas eran solteros y una casada.

Instrumentos

Cuestionarios. Se emplearon cuestionarios para solicitar a los pacientes sus datos sociodemográficos antes de su primera sesión.

Instalaciones de grabación. Las grabaciones de las entrevistas se realizaron dentro de los cubículos del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, ubicado en el sótano del edificio de Posgrado, el cual es una clínica de atención psicoterapéutica, donde los costos económicos de la atención constituyen una cuota de recuperación (50 pesos) por consulta.

Los cubículos están diseñados y equipados de forma similar, con un par de sillones negros en cada uno, sin decoración, tienen una ventana, iluminación blanca, paredes y piso blanco.

Equipos de grabación. Para las grabaciones se utilizaron audiocassettes en blanco, de 60 y 90 minutos, y 3 audiograbadoras portátiles marca Sony, con microfonos alámbricos para mejorar la calidad de las grabaciones.

Materiales de escritorio. Para las transcripciones de las entrevistas se utilizaron computadoras de escritorio y lap top, diskettes, impresora y hojas blancas para su impresión.

Procedimiento

Se solicitó al paciente y terapeuta su autorización por escrito para participar en el estudio. En los casos en que aceptaron se entregó la audigrabadora al terapeuta quien grabó la entrevista que realizó.

Posteriormente se escucharon las entrevistas iniciales y se realizó observación *ad libitum* (Anguera, 1983) para obtener una primera aproximación a las entrevistas realizadas. A partir de dicha observación se identificaron los momentos o escenas en los que podían dividirse las entrevistas.

Enseguida se determinó qué tipo de muestreo observacional era el más adecuado para la investigación de la interacción verbal y la asistencia a la segunda sesión. Después se transcribieron por completo cada una de las cuatro entrevistas seleccionadas.

El paso siguiente fue adoptar dos sistemas de categorías observacionales publicados en la literatura (Dueh y Proctor, 1977; Tracey, 1986) sobre el estudio de la interacción y el regreso a la segunda sesión. También se propuso otro sistema de categorías a partir de las observaciones de las transcripciones; dichas categorías fueron creadas con la finalidad de diferenciar las transcripciones de días donde el paciente regresó a la segunda sesión *versus* no regresó. Éste último sistema se denominó "Categorías creadas".

Las entrevistas de la día 22 (paciente que regresó) y la 34 (paciente que no regresó) fueron codificadas con los tres sistemas observacionales con la finalidad de compararles en dos aspectos: 1) el porcentaje de acuerdos e índice kappa que se obtendría con cada sistema de categorías y 2) identificar, mediante un análisis cualitativo, en qué medida cada uno de los sistemas de categorías era sensible para distinguir a la día donde el paciente regresó en comparación a la día donde el paciente no regresó.

Posteriormente, con la finalidad de disminuir la probabilidad de que los tres sistemas de categorías arrojaran resultados debidos al azar, se replicó el paso anterior con nuevas díadas: la 7 (entrevista donde el paciente regresó) y la entrevista 8 (caso donde el paciente no regresó).

Finalmente, se compararon a los dos sujetos que regresaron (díada 7 y 22) con los que no regresaron (díada 8 y 34) con respecto a los tres sistemas observacionales empleados.

Resultados

Escenas del Fenómeno

Se observaron 4 entrevistas iniciales para obtener una primera observación al fenómeno; en esta etapa se hizo observación *ad limitum* (Anguera, 1983) con lo que se obtuvieron aspectos generales de las entrevistas y se propusieron las siguientes escenas o momentos:

- ❑ Saludo inicial o bienvenida
- ❑ Corroboración de datos (el terapeuta leía los datos generales del paciente y le preguntaba si estaban correctos)
- ❑ Profundización del motivo de consulta
 - . Descripción del problema: terapeuta pedía a paciente detallar sobre su problema
 - . Origen del problema: terapeuta preguntaba al paciente desde cuándo tiene el problema.
 - . Áreas afectadas: terapeuta preguntaba sobre cómo el problema ha afectado al paciente en el área familiar, laboral, escolar y/o de salud.
- ❑ Expectativas: se preguntaba al paciente qué esperaba obtener de la terapia.
- ❑ Aclaración, dudas o comentarios: se preguntaba al paciente si tenía dudas.
- ❑ Cierre.

Elección Del Muestreo Adecuado para la Investigación

Se realizó un análisis de las ventajas y desventajas que ofrece cada tipo de muestreo en función de los objetivos de esta investigación (ver tabla 8). Con el interés de estudiar la interacción paciente terapeuta se eligió el “muestreo de todas las ocurrencias” (Anguera, 1983). En este tipo de muestreo se registran todos los eventos relacionados consecuentes a la conducta que se pretende observar y no se cuantifica el tiempo. Este muestreo ha sido empleado de manera útil en otros estudios sobre interacción e inasistencia a las sesiones (Duehn y Proctor, 1977; Tracey, 1986) y se le ha utilizado para investigar permanencia o separación en relaciones maritales (Gottman, 1994).

Tabla 8. Análisis de los tipos de muestreo (Anguera, 1983) y su pertinencia para la presente investigación.

MUESTREO	DEFINICIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
EXPLO-RATORIO	Simplemente se observa y registra aquello que atrae nuestra atención, apropiado en los comienzos de un estudio observacional.	Proporciona información descriptiva que sirven de parámetro para categorizar sistemáticamente, por el acercamiento al fenómeno.	El observador puede introducir un sesgo, por la carga de subjetividad de cada observador. Todas las conductas tienen la misma probabilidad de aparición.
DE TODAS LAS OCURRENCIAS	Pretende registrar todos los eventos y-o estados, relacionados consecuentes a la conducta que se pretende observar, no se cuantifica el tiempo, se establecen fases. Recomendado cuando interesa observar la aparición de la conducta, duración e intensidad en relación a otra conducta.	-Todos los participantes pueden ser identificados en cada ocurrencia de la conducta. Disminuye la subjetividad porque se registran todos los eventos, proporciona más precisión. -Facilita un análisis secuencial y categorización. -Permite observar la frecuencia de categorías. -Se ha usado en otras investigaciones (Duehn y Proctor, 1977; Tracey, 1986) mostrando utilidad, al estudiar la interacción y el abandono.	Requiere más exhaustividad y tiempo de codificación. Implica interpretación para formar categorías.
FOCAL	-Registra uno a uno lo que sucede, en un intervalo de tiempo establecido. -Puede considerarse como muestreo de eventos, ya que considera como criterio relevante la recolección de información en el registro referente a conductas concretas (secuencias) y no el cronológico.	No interesa el tiempo sino la ocurrencia de acciones específicas.	Solo interesan determinados eventos conductuales específicos. Definido específicamente en las categorías que interesan.
DE TIEMPO	Se fundamenta en una selección de registro conductual que obedece criterios cronométricos.	Útil para estados.	No recomendable en muestreo de eventos.

Sistemas de Categorías que se Emplearon

Los tres sistemas de categorías que se emplearon fueron los siguientes:

1. Sistema de categorías propuesto por Duehn y Proctor (1977).
2. Sistema de categorías propuesto por Tracey (1986).
3. Sistema de categorías creadas para esta investigación.

Se eligieron los sistemas de Duehn y Proctor (1977) y Tracey (1986) porque estudiaron la interacción paciente terapeuta con respecto a la asistencia del paciente a la segunda sesión; en consecuencia, es relevante para este trabajo. Además se creó otro sistema de categorías con el propósito de distinguir al paciente que regresa del que no regresa a otra sesión. Estos tres sistemas de categorías se describen enseguida.

Sistema de Categorías propuesto por Duehn y Proctor (1977)

Duehn y Proctor (1977) estudiaron la interacción verbal en la primera entrevista entre paciente y terapeuta con respecto de asistir a la segunda sesión. En su estudio codificaron la congruencia estímulo respuesta entre paciente y terapeuta que definieron de la siguiente forma:

1) Respuesta congruente-sustantiva:

Respuestas cuyo contenido correspondía con lo que el paciente habló previamente o que daban feedback al paciente de que se recibió el mensaje.

2) Respuesta congruente-no sustantiva:

Respuestas que, aunque no incluían el contenido de la respuesta previa, eran congruentes porque daban feedback indicando que el clínico puso atención al estímulo verbal anterior, e.g. mm-uhm, ya veo, si, ok, etc

3) Respuestas incongruentes: Respuestas que no se referían o no contenían el mensaje previo del paciente.

Sistema de Categorías propuesto por Tracey (1986)

Tracey (1984, 1986) estudió la interacción inicial entre paciente y terapeuta con respecto de la asistencia a la segunda sesión. Las categorías que empleó fueron las siguientes:

1) Diferente tipo de contenido:

La frase (pregunta/afirmación) de uno no se relaciona con el tema que el otro mencionó anteriormente.

Ejemplo 1:

X: ¿Entonces cómo crees que esta materia se relaciona contigo?

Y: Sabes, siempre me he preguntado qué pruebas de personalidad decirte.

Ejemplo 2:

X: Creo que es algo que debo hacer porque tiene sentido.

Y: ¿Pero cómo te sientes por hacerlo?

2) Diferente persona:

La frase (pregunta/afirmación) de uno no se relaciona con la persona a la que el otro aludió anteriormente.

Ejemplo:

X: Realmente me enojo cuando pienso en mí mismo acudiendo a una cita.

Y: ¿qué piensan tus padres de tus citas?

3) Diferente tiempo de referencia:

La frase (pregunta/afirmación) de uno no se relaciona con el tiempo (época, momento) del que habló el otro anteriormente.

Ejemplo:

X: Cuando era joven siempre estaba ansioso y no hablaba

Y: ¿Y ahora, es todavía lo mismo que cuando eras niño?

4) Diferente nivel de especificidad:

Definición 1: La frase (pregunta/afirmación) de uno es más específica en comparación con la frase/afirmación mencionada anteriormente por el otro (cuyo contenido es más global o general).

Definición 2: La frase (pregunta/afirmación) de uno es más general o más específica que la que dijo el otro anteriormente.

Ejemplo:

X: Parece como si este miedo y tendencia a huir son un patrón en todas las áreas de tu vida

Y: En mi última clase tuve miedo de que me sentiría como estúpido así que no usé el tiempo para estudiar.

Se codificaba como “seguimiento de tema” cuando no se cumplía ninguno de los criterios anteriores.

Sistema de Categorías Creadas

Para esta investigación se propusieron categorías de codificación a partir de las grabaciones y las transcripciones de los audiocasets. Las categorías y sus definiciones son:

- 1) Interrupción para seguir en el tema: Uno completa la pregunta/afirmación del otro.

Por ejemplo:

P: Pues el salir a algún lugar desconocido, el estar en un lugar donde está alguna persona que es... muy agradable para mí o muy desagradable... si me...

T: ¿Cómo? O sea si estás con una persona que te agrada mucho... ¿te puedes poner ansiosa?

T: En el único problema...

P: Bueno hay veces que digo si puedo. Entonteces cierro los ojos y trato de pensar en otra cosa.

2) Interrupción para cambiar el tema: Uno introduce un tema distinto del que el otro mencionó antes.

3) Atención aparente: Parece que paciente y terapeuta reciben uno el mensaje del otro (aja, ok, si, mm-um, muy bien)

Por ejemplo:

P: pues que me rechacen y que me hagan sentir mal.

T: Ajá..

4) Frase (pregunta o afirmación) congruente breve: La frase (pregunta o afirmación) corresponde con la frase (pregunta o afirmación) anterior (pero no lo amplía)

Por ejemplo:

P: ¿Te tiemblan las manos?

T: No

5) Frase (pregunta o afirmación) incongruente breve: Frase con cierto contenido (e.g. de contenido "Y") (pregunta o afirmación) que no corresponde con la frase (pregunta o afirmación) anterior pero no amplía sobre ese tema "Y" ni sobre ningún otro.

Por ejemplo:

P: Porque nada más siento que me enoje y aunque me enoje no se hace lo que yo diga o no son las cosas como yo quiero y este... y si casi siempre que me enoje termino llorando

T: Cuánto tiempo te dura un enojo.

6) Frase (pregunta o afirmación) incongruente extensa (IE)

Frase con cierto contenido (e.g. contenido "Y") que no incluye la pregunta o afirmación anterior y además amplía sobre otros temas relacionados con "Y".

Por ejemplo:

P: Pues igual me dijo que era por la colitis, que porque tenía el intestino muy inflamado.

T: Me gustaría saber que es lo que tu esperas trabajar aquí en sesiones o ¿qué es lo que esperas de nosotros al asistir aquí?

7) Frase (ya sea pregunta o afirmación) congruente extensa: Frase cuyo contenido abarca la pregunta o afirmación anterior y además amplía sobre el mismo u otro tema.

Por ejemplo:

T: Y que te cuesta mucho trabajo entablar relaciones con ciertas personas... eh, cuando te enfrentas con una persona nueva, ¿como te sientes?

P: Este... me siento nerviosa, no sé como que de qué hablar o cómo empezar a entablar la relación y por ejemplo al principio del semestre me cuesta mucho... encontrar a alguien con quién juntarme o algo así... porque muchas veces los grupos ya están formados y entonces a mi me da miedo entrar en ese porque como que ya te rechaza o no te...

Porcentajes de Acuerdo e Índice Kappa

Se lograron distintos porcentajes de acuerdo con los sistemas de codificación empleados. El sistema que permitió mayor porcentaje de acuerdos fue el de Duehn y Proctor (1977)

seguido por el de Tracey (1986) y el sistema con menor porcentaje de acuerdos fue el que se propuso para esta investigación (tabla 9).

Tabla 9. Porcentajes de acuerdo e índice Kappa de los tres sistemas de observación empleados

Día	Regresó	Duehn y Proctor (1977)		Tracey (1986)		Categorías creadas	
		% acuerdo	Kappa	% acuerdo	Kappa	% acuerdo	Kappa
22	Si	72.8	0.42	85	0.47	65	0.51
34	No	95	0.002	89.6	0.80	74.6	0.74
7	Si	93	0.79	88	0.87	68	0.6
8	No	93	0.81	87	0.046	91	0.88

Correlatos Interaccionales cuando el Paciente Regresa Versus cuando No Regresa

Después de haber examinado los porcentajes de acuerdo y los índices Kappa se procedió a comparar las categorías observacionales cuando el paciente regresa versus cuando no regresa.

El análisis de estos datos se realizó de la siguiente forma. Se promediaron los números de acuerdos cuando el paciente regresó y se hizo lo mismo cuando el paciente no regresó; de esta forma, se obtuvo la frecuencia observada promedio. Luego, se compararon las frecuencias observadas para cada categoría observacional cuando el paciente regresó en comparación con cuando no regresó por medio de la X^2 . Los resultados se describen por sistema observacional empleado.

Sistema de Duehn y Proctor (1977)

Se observó que cuando el paciente no regresó a la próxima sesión se presentó de forma más frecuente correspondencia entre las respuestas del terapeuta y lo que el paciente había dicho previamente. Además, las respuestas del tipo “mm-uhm, ya veo, si, ok”, etc se presentaron con más frecuencia (34) cuando el paciente no regresó que cuando regresó (12); la diferencia fue estadísticamente significativa $X^2(1) = 10.52, p = .001$ (ver tabla 10).

Tabla 10. Frecuencias en que se codificó cada categoría con el sistema de Duehn y Proctor (1977) comparando cuando el paciente regresó versus no regresó.

Categoría	Frecuencia observada cuando el paciente regresó	Frecuencia observada cuando el paciente no regresó	χ^2
Respuesta congruente-sustantiva: Respuestas cuyo contenido correspondía con lo que el paciente habló previamente o que daban feedback al paciente de que se recibió el mensaje.	60.5	68.5	$\chi^2(1) = .492$ $p = .483$
Respuesta congruente-no sustantiva: Respuestas que, aunque no incluían el contenido de la respuesta previa, eran congruentes porque daban feedback indicando que el clínico puso atención al estímulo verbal anterior, e.g. mm-uhm, ya veo, si, ok, etc	12	34	$\chi^2(1) = 10.52$ $p = .001$
Respuestas incongruentes: Respuestas que no se referían o no contenían el mensaje previo del paciente.	1	3.5	$\chi^2(1) = 1.8$ $p = .18$

Sistema de Tracey (1986)

Se observó que la categoría de Tracey (1986) denominada “seguimiento de tema”, se presentó con mayor frecuencia (107) cuando el paciente no regresó que cuando el paciente regresó (74.2). La diferencia fue estadísticamente significativa, $\chi^2(1) = 6.02$, $p = .014$ (tabla 11).

Tabla 11. Frecuencias en que se codificó con el sistema de Tracey (1986) comparando cuando el paciente regresó versus no regresó.

CATEGORÍA	FREC. OBSERVADA CUANDO EL PACIENTE REGRESÓ	FREC OBSERVADA CUANDO EL PACIENTE NO REGRESÓ	χ^2
Seguimiento de tema. Había congruencia en la comunicación entre paciente y terapeuta en al menos uno de los siguientes: contenido de lo hablado, persona a la que se refiere, tiempo.	74.2	107	$\chi^2(1) = 6.02$ $p = .014$

Sistema de Categorías Creadas

Con respecto a las categorías creadas, se observó que cuando el paciente no regresó se presentaron más interrupciones (7.5) que cuando el paciente regresó (2.5); sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa $\chi^2(1) = 2.27$, $p = .132$. Además, cuando el paciente no regresó se presentó con mayor frecuencia (53.5) atención aparente (respuestas de “ajá, ok, si, mm-mm, ok, muy bien”, etc.) que cuando regresó (12); la diferencia fue estadísticamente significativa $\chi^2(1) = 14.52$, $p = .000$ (tabla 12).

Tabla 12. Frecuencias en que se codificó cada categoría con el sistema observacional creado comparando cuando el paciente regresó versus no regresó.

Categoría	Frecuencia observada cuando el paciente regresó	Frecuencia observada cuando el paciente no regresó	χ^2
Interrupción para seguir en el tema: Uno completa la pregunta/afirmación del otro	2.5	7.5	$\chi^2(1) = 2.27$ $p = .132$
Interrupción para cambiar el tema: Uno introduce un tema distinto del que el otro mencionó antes.	1	3	$\chi^2(1) = 1$ $p = .317$
Atención aparente: Parece que paciente y terapeuta reciben uno el mensaje del otro (aja, ok, si, mm-um, muy bien)	21	53.5	$\chi^2(1) = 14.52$ $p = .000$
Frase (pregunta o afirmación) congruente breve: La frase (pregunta o afirmación) corresponde con la frase (pregunta o afirmación) anterior (pero no lo amplía) Por ejemplo: P: ¿Te tiemblan las manos? T: No	56	46	$\chi^2(1) = 0.98$ $p = .322$
Frase (pregunta o afirmación) incongruente breve: Frase con cierto contenido (e.g. de contenido "Y") (pregunta o afirmación) que no corresponde con la frase (pregunta o afirmación) anterior pero no amplía sobre ese tema "Y" ni sobre ningún otro.	4	9.5	$\chi^2(1) = 2.57$ $p = .109$
Frase (pregunta o afirmación) incongruente extensa: Frase con cierto contenido (e.g. contenido "Y") que no incluye la pregunta o afirmación anterior y además amplía sobre otros temas relacionados con "Y".	4.5	2	$\chi^2(1) = 1.28$ $p = .257$
Frase (ya sea pregunta o afirmación) congruente extensa: Frase cuyo contenido abarca la pregunta o afirmación anterior y además amplía sobre el mismo u otro tema.	21.5	24	$\chi^2(1) = .087$ $p = .768$

Discusión

Se trabajó con tres sistemas de observación: Duehn y Proctor (1977), Tracey (1986) y un sistema de categorías creado para este estudio. Los porcentajes de acuerdo en los tres sistemas fueron aceptables pero el sistema de Duenh y Proctor (1977) alcanzó los porcentajes más altos.

Se transcribieron cuatro entrevistas completas, dos de díadas en que el paciente regresó y dos en que el paciente no regresó. Se compararon ambos casos con los tres sistemas de observación mencionados y como resultado se presentó mayor correspondencia verbal entre el paciente y terapeuta cuando el paciente no regresó que cuando regresó. Esto es contrario a lo informado por Duehn y Proctor (1977). Una posible razón de este resultado es que el paciente percibió que se le daba por su lado y por eso no volvió; sin embargo esta hipótesis debería de ser investigada. Además, cuando el paciente no regresó predominaron de forma significativa las respuestas del tipo “mm-uhm, ya veo, si, ok”, etc. lo cual podría indicar que paciente y terapeuta no se prestaban atención el uno al otro.

Por otra parte, cuando había seguimiento del tema hablado entre paciente y terapeuta el paciente no regresó. Este resultado contradice al de Tracey (1986). Una posible explicación es que quizá el paciente no buscaba a un terapeuta que le correspondiera en la comunicación sino a alguien que tocara temas distintos a los expuestos por el paciente.

También se encontró que cuando el paciente no regresa se presentaron más interrupciones entre paciente y terapeuta. Quizá este resultado se deba a que los pacientes no encuentran gratificante ser interrumpidos, al menos en la primera entrevista.

Con respecto de los sistemas de observación empleados, aunque se alcanzaron altos porcentajes de acuerdo, ninguno de los tres sistemas fue altamente sensible para distinguir a los pacientes que regresaron de los que no regresaron. Una forma en que esto se demostró es que en la mayoría de las categorías de observación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Limitaciones

No se midieron componentes no verbales, los cuales tienen tanto peso o quizá mayor que los componentes verbales. Además, no se realizaron mediciones de los silencios que quizá existieron a lo largo de la entrevista.

Los resultados expuestos se analizaron de forma cuantitativa principalmente. En consecuencia, se desconoce si un análisis cualitativo pudo arrojar mayores respuestas sobre el problema.

Por otra parte, la transcripción de los diálogos implicó una gran inversión de tiempo lo cual disminuye la rapidez con la que se pueden obtener los resultados.

Estudio 2:

Expectativas cumplidas en los pacientes, características de los terapeutas y razones para asistir a dos o más sesiones

El interés de realizar este estudio surgió por las siguientes razones:

1) Con el estudio 1 que se expuso antes sobre la percepción del paciente y la interacción verbal en la primera entrevista se logró una primera aproximación al problema de la inasistencia de los pacientes a las sesiones. Sin embargo, mientras se realizó el estudio 1 se siguió avanzando en la revisión de la literatura y se encontró que es difícil hallar una respuesta única al problema de la inasistencia de los pacientes después de la primera entrevista con su terapeuta.

2) Una de las variables que ha sido poco investigada en México y que puede ser relevante ante este problema es las expectativas. La razón es la siguiente: cuando el paciente busca a un terapeuta y éste no cumple con lo que se esperaba es posible que el paciente deserte de asistir a sesiones futuras. La mayoría de los pacientes abrigan ciertas expectativas antes de ver por primera vez a su terapeuta y el encuentro con éste en la primera entrevista puede ser determinante para que el paciente decida asistir a sesiones futuras debido a que se cumplió o no lo que esperaba.

3) Como se observó en la literatura, las características que percibieron los pacientes en sus terapeutas en la primera entrevista podrían marcar la diferencia para asistir o no a las sesiones subsecuentes. Otro punto importante que ha sido poco investigado, es acerca de las razones que explican los pacientes para asistir a dos o más sesiones.

Como consecuencia de lo anterior, se propuso el presente estudio para averiguar el posible rol de las expectativas, las características que perciben los pacientes en sus terapeutas, y las razones que informan los pacientes para asistir a dos o más sesiones.

Objetivos

Conocer las expectativas que tenían los pacientes antes de su primera entrevista con el terapeuta.

Identificar si se cumplieron las expectativas que tenían los pacientes antes de la primera entrevista.

Observar si se relaciona el cumplimiento de las expectativas de los pacientes con la asistencia a la segunda sesión.

Conocer las razones de los pacientes para asistir a la segunda sesión y subsecuentes

Conocer los adjetivos con que describen los pacientes a sus terapeutas en los casos de regresar o no a la segunda sesión.

Planteamiento del Problema

En el presente estudio se buscó dar respuestas a los siguientes problemas:

¿Qué expectativas tienen los pacientes antes de su primera entrevista con el terapeuta?

¿En cuántos casos se cumplen las expectativas de los pacientes después de la primera entrevista?

¿El cumplimiento de las expectativas de los pacientes se relaciona con asistir a dos o más sesiones?

¿Qué razones informan los pacientes para asistir a dos o más sesiones?

¿Qué características observaron los pacientes en sus terapeutas cuando regresaron a dos o más sesiones?

Diseño

Esta investigación fue de diseño no experimental.

Método

Participantes

Se empleó muestreo no probabilístico por participación voluntaria con el propósito de encontrar sujetos disponibles que hayan ido alguna vez a psicoterapia. Se buscó reunir la información de al menos 50 sujetos (Reyes-Lagunes, 1993) para lo cual se contactó a un total de 81 que estudiaban la carrera de psicología. En lo sucesivo, estos sujetos serán identificados con el término “pacientes” para indicar que buscaron terapia psicológica. Del total sólo se entrevistó a 54 debido a que los 27 restantes no habían recibido en ninguna ocasión tratamiento psicoterapéutico. De la muestra de 54 se descartaron más casos: aquellos donde no hubo contrato terapéutico para volver a verse en la siguiente sesión. La muestra final quedó conformada por 39 pacientes (30 de sexo femenino y 9 de sexo masculino). El promedio de edad fue de 32.05 años en un rango de 20 a 63 años. En el estado civil, 26 eran solteros y 13 casados. Veintiuno de los pacientes ya habían asistido al menos con un terapeuta anteriormente (ver tabla 13).

Tabla 13. Terapeutas vistos anteriormente

Número de pacientes	de	Número de psiquiatras o psicoterapeutas vistos anteriormente
18		1
13		2
4		3
1		4
1		6
2		8
Total = 39		

Los pacientes asistieron de forma variable a sus consultas. La mayoría de ellos (23) sólo asistió durante las primeras tres entrevistas, los 16 restantes asistieron a cuatro o más sesiones (ver tabla 14).

Tabla 14. Asistencia a las sesiones.

Número de pacientes	de	Número de consultas que asistió
8		1
10		2
5		3
2		4
3		5
2		8
3		10
1		12
2		15
1		16
1		20
1		25
Total = 39		

Instrumentos

Se emplearon preguntas dirigidas a conocer qué esperaban los pacientes antes de su primera entrevista y si se cumplió lo que esperaban o no. Al mismo tiempo, se buscó conocer qué adjetivos usaban los pacientes para describir a sus terapeutas. En consecuencia, se empleó un formato de entrevista semi-estructurada diseñado para esta investigación con las preguntas siguientes.

- Antes de tu primera entrevista, ¿qué esperabas que sucediera en ésta?

- Después de que finalizó la primera sesión, ¿se cumplió lo que esperabas, si o no? ¿por qué?
- ¿Regresaste o no a la segunda sesión? ¿por qué?
- ¿Asististe con el terapeuta a tres o más sesiones? ¿por qué?
- ¿Qué características tenía tu terapeuta?
- De cero a 10, ¿qué tan experto era tu terapeuta en tu opinión?

Procedimiento

Se explicaron los objetivos del estudio a los sujetos. Después se les invitó a participar aclarando que sus respuestas serían confidenciales. La aplicación de la entrevista duró aproximadamente 30 minutos y se agradeció su participación.

Codificación de las expectativas. Primero se observó la frecuencia con que aparecía cada una y luego se les clasificó en una de tres categorías: 1) Expectativas sobre el terapeuta, las cuales indican la percepción que se forma el paciente acerca de las conductas y actitudes del terapeuta (por ej, el terapeuta es amable, respetuoso, confiable); 2) Expectativas sobre el mismo paciente, las cuales se refieren a la percepción del paciente sobre su propias conductas (por ejemplo, espero desahogarme, hablar de mis problemas) y 3) Expectativas del paciente sobre el proceso y resultados de la primera sesión, las cuales se refieren a la percepción del paciente acerca del producto o consecuencia de la primera sesión y la forma en que transcurrió la misma (por ejemplo, encontraré la raíz de mi problema, la entrevista fue interesante). Se eligieron estas categorías por tres razones. Primero, la investigación sobre expectativas (*cfr.* Tinsley, 1980) en la relación terapéutica incluye cuando menos a qué se espera del paciente y del terapeuta; segundo, la relación psicoterapéutica se compone necesariamente de un terapeuta (agente de ayuda) y una persona que sufre o busca alivio en el terapeuta (Frank y Frank, 1991); tercero, después de la primera entrevista terapéutica el paciente desea “llevarse” un resultado favorable de ésta (Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan, 1993, 2003).

Codificación de las razones para asistir o no a la segunda sesión. En la literatura sobre asistencia a las sesiones de terapia se estudia generalmente el problema a partir de cuatro posiciones: variables del paciente, del terapeuta, de la relación paciente terapeuta y variables del contexto (Baekeland y Lundwall, 1975; Mennicke, Lent y Burgoyne, 1988;

Reis y Brown, 1999; Wierzbicki y Pekarik, 1993). En congruencia con dicha literatura, se utilizó la misma clasificación para categorizar a las razones por las cuales los pacientes asisten o no a la segunda sesión y subsecuentes.

Codificación de las características que percibieron los pacientes en sus terapeutas. Las respuestas se dividieron en dos grupos: pacientes que asistieron a la segunda entrevista y pacientes que no asistieron. Con cada grupo se clasificaron sus respuestas en tres categorías: 1) Características positivas de los terapeutas, es decir, aquellas que favorecen la relación entre paciente y terapeuta (por ejemplo, empatía, amabilidad, interés); 2) Características negativas de los terapeutas, las cuales deterioran la relación entre paciente y terapeuta (por ejemplo, juzgón, agresivo, manipulador) y 3) Características neutrales, es decir, características que pueden presentarse en la primera entrevista pero que no favorecen ni dañan la relación o bien características que no necesariamente son positivas o negativas (por ejemplo, tranquilo, serio, directo, platicador). Se eligieron estas categorías porque de acuerdo con la literatura (Fiester, 1977; Pope, 1979; Shea, 2002; Sommers Flanagan y Sommers Flanagan, 1993, 2003; Tryon, 1986) se espera que al final de la primera entrevista el paciente se quede con una impresión positiva del terapeuta para aumentar la probabilidad de que el paciente regrese a próximas sesiones. En otras palabras, cuando el paciente percibe características negativas en su terapeuta disminuye la probabilidad de asistir a la segunda sesión. Dos jueces independientes clasificaron las respuestas en características positivas, negativas y neutrales. Posteriormente, comentaron sus desacuerdos antes de llegar a un consenso final.

Resultados

Expectativas de los Pacientes Antes de la Primera Sesión

Los pacientes tuvieron distintas expectativas de su primera entrevista. La mayoría de las respuestas (50.8%) se clasificaron como “expectativas sobre el terapeuta”, por ejemplo, el paciente esperó que el terapeuta le apoyara, ser escuchado, que le preguntaran sobre su vida, que el terapeuta fuera amigable, que le preguntaran su motivo de consulta, que le dijeran cómo resolver su problema, etc. En segundo término, el 41% de las respuestas de los pacientes se clasificaron en el “proceso y resultado de la primera entrevista”, es decir,

los pacientes esperaron solución a su problema, solución de sus dudas, sentirse en confianza, saber la raíz de su malestar, etc. (ver tabla 15).

Tabla 15. Expectativas del paciente antes de la primera entrevista.

Categoría	Expectativas del paciente	Frec	%
Expectativas sobre el terapeuta	Que me escuchara (7). Apoyo (4). Que me preguntara de mi vida (3). Que fuera amigable (2). Que me preguntara mi motivo de consulta (2). Me dijera cómo resolver mis problemas (2). Que fuera confiable (1). Comprensión (1). Ayuda (1). Orientación (1). Me dijeran cómo se trabajaría (1). Que rompiera el hielo (1). Imparcial (1). Honesto (1). Atención (1). Que me preguntara desde mi infancia (1). Que me acostara en la cama y me hiciera recordar (1).	31	50.8
Expectativas sobre el mismo paciente	Desahogarme (1). No sentir miedo (1). Que no podría hablar (1). Sentirme observado (1). Hablar de mis problemas (1).	5	8.2
Expectativa sobre el proceso y resultado de la primera entrevista	Solución a mi problema (6). Resolver mis dudas (3). Saber la raíz de mi malestar (2). Sentirme en confianza (2). Un interrogatorio (2). Sentirme tranquilo (1). Sentirme mejor (1). Sentirme abrazado (1). Consuelo (1). Entender algunas cosas (1). Tiempo (1). Comodidad (1). Iniciar tratamiento (1). Que fuera interesante (1). Seguridad (1).	25	41

Nota: los números entre paréntesis indican la frecuencia de cada respuesta

Cumplimiento de Expectativas después de la Primera Entrevista

Se preguntó a los pacientes si se cumplieron o no sus expectativas después de su primera entrevista. Como resultado, 12 pacientes informaron que se cumplieron sus expectativas mientras que en 27 pacientes no se cumplieron.

Los pacientes cuyas expectativas se cumplieron dieron varias razones para ampliar su respuesta. La respuesta más frecuente (70%) fue que las “expectativas sobre el

terapeuta” se cumplieron como el paciente esperaba. En otras palabras, los pacientes explicaron que el terapeuta demostró ser una persona capaz de ayudar, tuvo interés de escuchar, explicó cómo se trabajaría, preguntó el motivo de consulta, etc. En segundo lugar (30% de las respuestas) las “expectativas sobre el proceso y resultado de la terapia” se cumplieron como esperaban los pacientes, por ejemplo, el paciente logró tener otra perspectiva de los problemas, se sintió mejor, se sintió comprendido o confirmó sus convicciones (tabla 16).

Tabla 16. Razones de los pacientes cuando se cumplieron sus expectativas después de la primera entrevista.

Categoría	Expectativas cumplidas del paciente	Frec	%
Expectativas sobre el terapeuta	Demostró ser una persona capaz de ayudarme (1). Tuvo interés de escuchar (1). Me escuchó (1). Explicó cómo se trabajaría (1). Me preguntó mi motivo de consulta (1). Me hizo preguntas (1). Me dijo cómo serían las sesiones (1). Dijo cuántas sesiones serían (1). Dijo el costo de las sesiones (1). Tuvo interés por mi motivo de consulta (1). El terapeuta tuvo dominio del tema (1). Fue muy amable (1). Fue objetivo (1). Fue confiable (1).	14	70
Expectativa sobre el proceso y resultado de la primera entrevista	Tuve otra perspectiva a los problemas (1). Me sentí mejor (1). Me sentí comprendida (1). Pude visualizarme de pequeña (1). Comprendí a mis padres (1). Confirmé mis convicciones (1).	6	30

Nota: los números entre paréntesis indican la frecuencia de cada respuesta

Por otra parte, los pacientes dieron varias explicaciones cuando contestaron que no se cumplieron sus expectativas. En primer lugar (52.2% de las respuestas), sus “expectativas sobre el terapeuta” no se cumplieron dado que el terapeuta no les escuchó, aplicó un test,

criticó, juzgó, no fue puntual, etc. En segundo lugar (32.6% de las respuestas), el “proceso y resultado de la terapia” no se cumplió como esperaban, específicamente, el paciente percibió poco interés en el terapeuta, se sintió confundido, no se sintió mejor, faltó confianza, etc. (ver tabla 17). Destaca la respuesta que dio una paciente al decir que no se cumplió su expectativa dado que sí hubo un ambiente de confianza.

Tabla 17. Razones informadas por los pacientes cuando no se cumplieron sus expectativas después de la primera entrevista.

Categoría	Expectativas no cumplidas del paciente	Frec	%
Expectativas sobre el terapeuta	No me escuchó (3). Me aplicó un test (2). Me dijo que yo misma descubriría las soluciones a mis problemas (1). Me regañó por llegar tarde, no encontraba el consultorio (1). El terapeuta me criticó (1). Me juzgó (1). El terapeuta no fue puntual (1). El terapeuta me contó su problema (1). Me cobró y me dijo “vete” (1). Me aplicó exámenes (1). Fue agresiva (1). Me atacó (1). Me dijo en forma abrupta mis fallas (1). Me culpó (1). Me confrontó (1). Me preguntó generalidades (1). Me regañó (1). Fue amable (1). Fue parcial (1). No fue empático (1). Fue agresivo (1).	24	52.2
Expectativas sobre el mismo paciente	Me sentí a gusto (1). Hablé con tranquilidad (1). No expresé lo que más me intrigaba (1). No me desahugué (1). No expresé lo que necesitaba (1). Me desahugué (1). Lloré (1).	7	15.2
Expectativa sobre el proceso y resultado de la primera entrevista	Percibí poco interés en el terapeuta (1). Quedé confundida (1). Hubo ambiente de confianza (1). No me sentí mejor (1). Salí sintiéndome peor (1). Falta de confianza (1). Es imposible que se resuelvan mis problemas en una sola sesión (1). Es imposible que me sienta mejor con una sesión (1). Terapeuta no entendió lo que yo sentía (1). Salí desilusionado (1). Tuve entrevista superficial (1). No hubo confianza (1). No me dio solución (1). La terapia fue en cámara de gessell (1). Salí lleno de confusiones (1).	15	32.6

Nota: los números entre paréntesis indican la frecuencia de cada respuesta

Cumplimiento de Expectativas y Asistencia a la Segunda Sesión

Después de la primera entrevista 31 pacientes asistieron a la segunda sesión y 8 no asistieron. Se utilizó el coeficiente *phi* para detectar el grado de correlación entre las respuestas a las siguientes preguntas: “¿Después de tu primer entrevista se cumplió lo que esperabas?” y “¿Regresaste a la segunda sesión?”; ambas preguntas se contestaron con “sí” o “no”. Como resultado la correlación fue $r = +.34$, $n = 39$, $p < .05$. Es decir, existió una correlación moderada entre el cumplimiento de las expectativas y la asistencia a la segunda sesión (ver tabla 18).

Tabla 18. Relación entre cumplimiento de expectativas y asistencia a la segunda sesión.

		¿Regresaste a la segunda sesión?		Total
		Si	No	
¿Después de la primera sesión se cumplió lo que esperabas?	Si	12	0	12
	No	19	8	27
Total		31	8	39

Razones para Asistir o no a la Segunda Sesión

Se preguntó a los pacientes las razones por las cuales asistieron a la segunda sesión con sus terapeutas. Las razones más frecuentes para asistir (54.3% de las respuestas) fueron “variables del paciente”, por ejemplo, el paciente tenía que seguir el tratamiento, necesitaba ayuda, interés en superar los problemas, necesidad del tratamiento, etc. En segundo lugar (31.4% de las respuestas), las “variables de la relación paciente terapeuta” constituyeron el principal motivo para asistir a la segunda sesión, por ejemplo, el terapeuta demostró ser una persona capaz, inspiró confianza, sirvió lo que habló con la psicóloga, etc. (ver tabla 19).

Tabla 19. Razones que dieron los pacientes para asistir a la segunda sesión.

RAZONES		Frec	%
VARIABLES DEL PACIENTE	Tenía que seguir el tratamiento (5). Necesitaba ayuda (4). Me interesaba superar mis problemas (2). Pensé que yo estaba muy mal y necesitaba tratamiento (2). Encontrar la causa de mis problemas (1). Pensé que si yo estaba más calmada podrían ayudarme (1). Tenía que trabajar en mí (1). Tenía motivación para cambiar (1). Le di valor a mi problema siendo responsable (1). Quería seguir con mis sesiones (1).	19	54.3
VARIABLES DE LA RELACIÓN	La terapeuta demostró ser una persona capaz (1). Me inspiró confianza el terapeuta (1). Me sirvió mucho lo que hablé con la psicóloga (1). Pensé que en la segunda sesión sí me ayudaría (1). Pensé que las sesiones mejorarían con el tiempo (1). Encontrar apoyo (1). Me gustó la técnica del terapeuta (1). Supuse que tenía razón el terapeuta (1). Me agradó el modo del terapeuta (1). Me agradó la actitud del terapeuta (1). Pensé que el tiempo cambiaría la mala impresión que tuve del terapeuta (1).	11	31.4
OTRAS VARIABLES	Me sentí desahogada (1). Creí que cambiaría algo (1). Vi que era posible resolver mis problemas (1). Pensé que me ayudaría (1). Se dejó tarea (1).	5	14.3

Nota: los números entre paréntesis indican la frecuencia de cada respuesta

Por otra parte, los pacientes no regresaron a la segunda sesión especialmente por “variables de la relación paciente terapeuta” (60% de las respuestas), por ejemplo, no le agradó el terapeuta o su trabajo, el terapeuta no inspiró confianza, fue autoritaria, no fue amigable, etc. La segunda razón más frecuente para no asistir a la segunda sesión fueron “variables del paciente” como la falta de interés del paciente, desidia u “otras variables” como falta de tiempo o dinero (ver tabla 20).

Tabla 20. Razones que dieron los pacientes para no regresar a la segunda sesión.

RAZONES		Frec.	%
VARIABLES DEL PACIENTE	Falta de interés (1). Desidia (1). Yo no quería terapia grupal (1).	3	20
VARIABLES DE LA RELACIÓN	No me agradó el terapeuta (1). No me agradó el trabajo del terapeuta (1). Cambié de terapeuta (1). No me inspiró confianza la terapeuta (1). La terapeuta fue autoritaria (1). El terapeuta me dijo que yo no tenía problemas (1). No me gustó que el terapeuta solo se basó en un cuestionario (1). Que el terapeuta de inmediato me diagnosticara (1). El terapeuta no fue amigable (1).	9	60
OTRAS VARIABLES	Falta de tiempo (1). Falta de dinero (1). No me agradó (1).	3	20

Nota: los números entre paréntesis indican la frecuencia de cada respuesta

Razones para Asistir a tres o más Sesiones

Las razones principales (40% de las respuestas) para asistir a tres o más sesiones se clasificaron como “variables del paciente”, por ejemplo, querer sentirse mejor, necesitar ayuda, interés en tener apoyo, etc. En segundo término (33% de las respuestas) las “variables de la relación paciente terapeuta” constituyeron la razón para asistir a tres o más sesiones, por ejemplo, creer que las cosas mejorarían con el terapeuta en la próxima sesión, el terapeuta demostró ser una persona capaz, inspiró confianza, el terapeuta apoyó, etc. (ver tabla 21).

Tabla 21. Razones que dieron los pacientes para asistir a tres o más sesiones

RAZONES		Frec	%
VARIABLES DEL PACIENTE	Quería sentirme mejor (2). Necesitaba ayuda (1). Creí que estaba muy mal y necesitaba seguir con la terapia (1). Me interesaba apoyo externo (1). Pienso que hay que terminar lo que empiezas (1). No podía yo sola con mis problemas (1). Me sentía bien después de ir (1). Quería aliviarme (1). Me sentía mejor (1). Me comprometí a asistir y cumplí (1). Fue el tiempo que consideré bueno para mí (1).	12	40
VARIABLES DE LA RELACIÓN	Creía que las cosas serían mejor con el terapeuta en la próxima sesión (2). El terapeuta mostró ser una persona capaz (1). El terapeuta me dio confianza (1). El terapeuta me apoyó (1). Creí que el terapeuta mejoraría y me dejaría expresarme (1). Me cayó bien el terapeuta (1). Aumentó mi confianza hacia el terapeuta (1). Decirle al terapeuta que no me gustó que me vieran en cámara gessel (1). Existía un contrato (1).	10	33.3
OTRAS VARIABLES	Me gustó (2). Me sentía a gusto (1). Estaba logrando mis objetivos (1). Estaba funcionando (1). Quería que las cosas fueran diferentes (1). Surgieron cosas interesantes (1). Podía hablar de mis problemas (1).	8	26.7

Nota: los números entre paréntesis indican la frecuencia de cada respuesta

La principal razón para no asistir a tres o más sesiones (71.4% de las respuestas) se clasificó como variables de la relación paciente terapeuta, por ejemplo, no ser escuchado por el terapeuta, no inspiró confianza el terapeuta, el terapeuta no ayudó, no gustó la forma de trabajo del terapeuta, etc. (ver tabla 22).

Tabla 22. Razones que dieron los pacientes para no asistir a tres o más sesiones

RAZONES		Frec	%
VARIABLES DEL PACIENTE	Aprendí que la mejor forma de solucionar los problemas es por mí mismo (2). Mi problema se solucionó (2).	4	14.3
VARIABLES DE LA RELACIÓN	No fui escuchado por el terapeuta (3). No me dio confianza el terapeuta (2). El terapeuta no me ayudó (2). Cambié de terapeuta (2). No me gustó la forma de trabajo del terapeuta (1). No fue empático (1). El terapeuta dijo que yo era culpable (1). Me sentí agredida por el terapeuta (1). Me sentí juzgada por el terapeuta (1). Me sentí incomprendida por el terapeuta (1). La terapeuta dijo que eso era todo (1). Nunca estaba el terapeuta (1). Falta de ética del terapeuta (1). Me sentí incómoda con el terapeuta ("le echó más piedras al costal") (1). Falta de competencia del terapeuta (1)	20	71.4
VARIABLES DEL CONTEXTO	La consulta era cara (2). Tenía que estudiar (1). Tenía que trabajar (1).	4	14.3

Nota: los números entre paréntesis indican la frecuencia de cada respuesta

Características de los Terapeutas y Asistencia a la Segunda Sesión

Cuando los pacientes asistieron a la segunda sesión percibieron más características positivas en sus terapeutas, por ejemplo, lo percibieron amable, confiable, puntual, atento, inteligente, etc. Los pacientes hablaron de estas cualidades en mayor medida (59%). Por el contrario, mencionaron características negativas menos veces (30.2%), por ejemplo, que fue inexperto, juzgó, fue agresivo, desinteresado, prepotente, etc. (tabla 23).

Tabla 23. Características de los terapeutas de acuerdo con los pacientes que asistieron a la segunda entrevista

CARACTERÍSTICAS DE LOS TERAPEUTAS	Frec.	%
POSITIVAS	94	59.1
Amable (10), confiable (7), puntual (6), atento (5), inteligente (4), interesado (3), respetuoso (3), profesional (2), agradable (2), amigable (2), alegre (2), simpático (2), paciente (2), comprensivo (2), empático (2), presentable (2), escuchaba (2), seguro (2), cordial (1), intuitivo (1), audaz (1), objetiva (1), tratable (1), íntegro(1), preciso(1), preparado (1), franco (1), interesante (1), profesional (1), respetuoso (1), disponible (1), experto, (1), segura (1), capaz (1), fino (1), esmerado (1), hábil (1), orienta (1), sensible (1), analítico (1), perceptivo (1), claro (1), ético (1), sincero (1), dispuesto (1), ameno (1), dinámico (1), concreto (1), tolerante (1), honesto (1), razonable (1), ordenado (1).		
NEGATIVAS	48	30.2
Inexperto (3), juzga (3), agresivo (2), enojón (2), desinteresado (2), prepotente (2), nervioso (2), malencarado (1), incisivo (1), distraído (1), poco empático (1), poco amable (1), crítico (1), intolerante (1), dominante (1), grosero (1), fachoso (1), parcial (1), autoritario (1), desatento (1), ansioso (1), caro (1), poco ético (1), rígido (1), disperso (1), insultaba (1), indiscreto (1), inseguro (1), sobreinvolucrado (1), materialista (1), nada profesional (1), impulsivo (1), egocentrista (1), impuntual (1), desconfiable (1), inhábil (1), no actualizado (1), narcicista (1), manipulador (1).		
NEUTRALES	17	10.7
Tranquilo (3), serio (2), enérgico (2), ortodoxo (1), gracioso (1), exigente (1), preocupado (1), opina (1), persuasivo (1), confrontativo (1), templado (1), aconseja (1), despreocupado (1).		
Total de respuestas	159	100

Nota: los números entre paréntesis indican las frecuencias de las respuestas.

Por otra parte, cuando los pacientes no asistieron a la segunda entrevista predominaron las características negativas de los terapeutas en un 69% de sus respuestas, es decir, lo percibieron con desinterés, impuntualidad, poca amabilidad, no profesional, raro, autoritario, informal, etc. De igual forma, estos pacientes percibieron pocas características positivas en sus terapeutas. Sólo el 21% de sus respuestas se refirieron a cualidades como, amabilidad, organización, confiabilidad, etc. (ver tabla 24).

Tabla 24. Características de los terapeutas de acuerdo con los pacientes que no asistieron a la segunda entrevista.

CARACTERÍSTICAS DE LOS TERAPEUTAS	Frec	%
POSITIVAS	9	21
Amable (2), organizado (1), confiable (1), alegre (1), puntual (1), apoyador (1), coherente (1), directivo (1).		
NEGATIVAS	30	69.7
Desinteresado (5), impuntual (3), poco amable(2), no profesional (1), raro (1), autoritario (1), informal (1), poco convincente (1), me dio diagnóstico infundado (1), desatento (1), disperso(1), descuidado(1), sólo se basó en un cuestionario (1), criticón (1), desorganizado (1), desconfiable (1), poco ético (1), distraído (1), despectivo (1), duro (1), arrogante (1), parcial (1), incompetente (1).		
NEUTRALES	4	9.3
Tranquilo (1), directo (1), exigente (1), platicador (1).		
Total de respuestas	43	100

Nota: los números entre paréntesis indican las frecuencias de las respuestas.

Los Terapeutas Vistos como Expertos

Se preguntó a los pacientes en qué medida veían como expertos a sus terapeutas en una escala de 1 a 10 en la que 1 significó “nada experto” y 10 “totalmente experto”. Los pacientes que regresaron a la segunda sesión vieron a su terapeuta como más experto ($M = 6.90$, $DE = 2.71$) que los pacientes que no regresaron ($M = 4.62$, $DE = 2.66$). La diferencia fue estadísticamente significativa, $t(37) = 2.12$, $p < .05$.

Discusión

De acuerdo con los resultados de esta investigación, los pacientes tenían varias expectativas antes de la primera entrevista. La mayoría de las expectativas se centraron en el terapeuta, es decir, los pacientes esperaron encontrarse con alguien que les escuchara, les apoyara, les preguntara de su vida, que fuera amigable, que les preguntara el motivo de consulta, que les dijera cómo resolver sus problemas, etc. Todos los pacientes tuvieron alguna expectativa antes de su primera entrevista.

Después de tener su primera entrevista, en 69% de los pacientes no se cumplieron sus expectativas.

Cuando se analizó la relación entre el cumplimiento de las expectativas y la asistencia a la segunda sesión se encontró una correlación positiva y moderada: ante el cumplimiento de las expectativas es probable que el paciente asista a la segunda sesión. Estos resultados contradicen los de otras investigaciones (Goin, Yamamoto, y Silverman, 1965; Hardin, Subich, Holvey, 1988) en los cuales no se encontró relación significativa entre el cumplimiento de expectativas y la asistencia a las sesiones.

Las razones que informaron los pacientes para asistir a la segunda sesión se centraron en variables del paciente (e.g. tener que seguir el tratamiento, necesidad de ayuda, interés en superar los propios problemas, etc.). Por el otro lado, las razones para no asistir a la segunda sesión se centraron con mayor frecuencia en variables de la relación paciente terapeuta (e.g. no agradó el terapeuta o su trabajo, no inspiró confianza, la terapeuta fue autoritaria, etc.).

Con respecto a las principales razones para asistir a tres o más sesiones las variables del paciente fueron determinantes (e.g. querer sentirse mejor, necesidad de ayuda, interés en apoyo externo, etc.). Por el contrario, las principales razones para no asistir a tres o más sesiones están centradas en variables de la relación paciente terapeuta (e.g. no ser escuchado por el terapeuta, el terapeuta no inspiró confianza, el terapeuta no ayudó, etc.). Los pacientes que regresan a la segunda sesión perciben a sus terapeutas con más características positivas que negativas (e.g. el terapeuta fue amable, confiable, puntual, atento, amigable, respetuoso, etc.). Mientras que cuando los pacientes no regresan a la segunda sesión perciben a sus terapeutas con más características negativas que positivas (e.g. el terapeuta fue desinteresado, impuntual, poco amable, no profesional, raro, autoritario, etc.). Estos resultados son congruentes con otros estudios (Fiestler, 1977; McNeill, May, y Lee, 1987) que indican que los pacientes que no vuelven a asistir a las sesiones perciben a sus terapeutas con características negativas.

Uno de los alcances importantes de la presente investigación es el de la posible veracidad en las respuestas de los pacientes. Dado que las entrevistas realizadas no fueron hechas dentro de un consultorio o escenario de consulta psicológica, el componente de

“deseabilidad social” probablemente quedó reducido. Es decir, los pacientes no tenían que quedar bien con nadie debido a que el investigador desconoce de qué terapeuta se trataba.

Por otra parte, un obstáculo para resolver en futuras investigaciones es el de lograr obtener respuestas verídicas de los pacientes pero dentro de un contexto terapéutico.

Puede concluirse que el estudio de las expectativas de los pacientes con respecto a la asistencia a las sesiones puede ser prometedor. Valdría la pena profundizar en este tema con muestras más grandes en estudios prospectivos.

Limitaciones

Aunque este estudio arroja información sobre los sujetos que buscaron psicoterapia, no presenta información acerca de sus terapeutas; algunas características que seguramente serían relevantes son la experiencia dando terapia, enfoque terapéutico, si se trataba de práctica privada o pública, costo de la consulta, variables sociodemográficas, etc.

El presente estudio se llevó a cabo con estudiantes de la carrera de psicología. Esto lleva a plantear que es posible que, dado que los alumnos se identifican con un enfoque terapéutico u otro, dicho enfoque sea el que determinó lo que esperaban cuando buscaron terapia.

Varias de las respuestas de los pacientes se refirieron a que el terapeuta “no escuchó”. Desafortunadamente el término no permite esclarecer si esto se refiere a que el terapeuta estuvo distraído y no prestó atención suficiente o si hubo falta de empatía. Además, este estudio no presenta elementos realistas que prueben la aseveración de que no fueron escuchados por alguien que, presumiblemente, está especializado en saber escuchar. Sin embargo, este punto que constituye una apreciación subjetiva del paciente -su percepción-, merece recibir mayor investigación dada la frecuencia con que lo mencionaron. De igual manera, cualquiera de las características de los terapeutas que fueron informadas por los pacientes en este estudio, carecen de una prueba objetiva que demuestre dichas aseveraciones.

En esta investigación se preguntó a los pacientes qué características percibieron en sus terapeutas. Debe señalarse que la percepción implica matices de subjetividad y en consecuencia, una cosa es lo que perciben y otra, probablemente distinta, son las características objetivas de los terapeutas. Así también, este estudio no pretendió investigar a los terapeutas por medio de los pacientes con una sola entrevista; el énfasis fue conocer su percepción la cual en la revisión de la literatura se relacionó con la asistencia a dos o más sesiones, sin olvidar que la inasistencia a las sesiones es un fenómeno multideterminado.

Las características de los terapeutas -informadas por los pacientes- obedecen únicamente a cada díada. Es decir, se trata de una descripción de cierto paciente con respecto a cierto terapeuta. Más aún, la descripción que hizo cada uno pudiera deberse más a su respectiva personalidad (del paciente) que a la personalidad del terapeuta.

Otra limitación consiste en que se preguntó sobre sucesos que ocurrieron tiempo atrás de manera no reciente. Como resultado, es posible que sus respuestas hayan sido distorsionadas por el efecto que tiene el tiempo en la memoria.

ESTUDIO 3:

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HACIA EL TERAPEUTA, EXPECTATIVAS, VARIABLES DEL CONTEXTO Y SU RELACIÓN CON LA ASISTENCIA A LAS SESIONES

Los estudios uno y dos que se presentaron anteriormente y la revisión de la literatura arrojaron aportaciones y limitaciones que se consideraron para planear la presente investigación (estudio 3).

Las aportaciones más relevantes de los estudios anteriores que se tomaron en cuenta son:

- La percepción del paciente puede ayudar a distinguir los casos en que se regresará o no a dos o más sesiones.
- El cumplimiento de las expectativas de los pacientes se relaciona con asistir a dos o más sesiones con el terapeuta.
- Los pacientes que asisten a dos o más sesiones percibieron en sus terapeutas más características positivas que negativas.
- La Investigación de Resultados en Psicoterapia (*Therapy Outcome Research*) representa un modelo adecuado de clasificación de variables que puede ser útil para estudiar la asistencia de los pacientes a las sesiones, especialmente las variables del paciente y las variables de la relación paciente terapeuta.

Por otra parte, algunas de las limitaciones de los estudios anteriores que se tomaron en cuenta para la presente investigación son:

- Considerar el enfoque de los terapeutas.
- Informar si la atención terapéutica se recibió en consultorios públicos o privados.
- Informar la duración de la primera entrevista.
- La percepción de los pacientes puede ser errónea con una sola entrevista.

- Usar una muestra más grande que los estudios anteriores

Como se observó en la revisión de la literatura, en la población mexicana aquellos que buscan atención psicológica se presentan generalmente a 3 sesiones en promedio (Fleiz, 2003). Tres sesiones son insuficientes para obtener el mayor beneficio de la psicoterapia dado que generalmente los efectos del tratamiento se alcanzan cuando se logran al menos de 8 a 12 sesiones (Steenbarger, 1994); además, a mayor número de sesiones corresponde mayor beneficio del tratamiento (Seligman, 1995).

Existen distintas investigaciones sobre la asistencia a las sesiones en México (Jurado, 2002; Ramírez del Corral, 1996; Saucedo et al. 1997; Velázquez et al. 2000). Sin embargo, no se conoce el papel que puede jugar el cumplimiento de las expectativas del paciente y la percepción del paciente al final de la primera sesión con respecto de la asistencia a las sesiones.

Planteamiento del Problema

La participación del psicólogo como profesional de la salud mental es necesaria en el tratamiento de los problemas psicológicos de la población. La relación terapéutica inicia con el contacto entre paciente y terapeuta lo cual sucede frecuentemente en el momento de la primera sesión y luego se planean futuros encuentros entre ambos. Sin embargo, este proceso se ve truncado porque una gran cantidad de pacientes, del 30 al 60% (Wierzbicki y Pekarik, 1993), deja de asistir a las sesiones. La inasistencia es un problema porque implica una pérdida de tiempo en el terapeuta dado que es inadecuado programar sesiones para personas que no asisten además de que los pacientes no obtienen el beneficio de un tratamiento lo cual dificulta mejorar su calidad de vida.

Las investigaciones sobre la asistencia a terapia en México se han centrado generalmente en las razones por las que los pacientes dejan de presentarse a su tratamiento. Por ejemplo, los pacientes dejan de asistir por sentir mejoría o atenderse en otra institución (Velázquez et al. 2000), falta de confianza en el tratamiento, no sentir mejoría y falta de permiso del trabajo (Ramírez del Corral, 1996). Existe un estudio (Jurado, 2002) que investigó la inasistencia por medio de detectar diferencias con el MMPI-2; como resultado

general, mayor severidad sintomática se relacionó con asistencia a mayor número de sesiones. Sin embargo, no se ha estudiado la asistencia de los pacientes en función de la primera sesión lo cual, de acuerdo con la literatura (Fiester, 1977; Krauskopf et al. 1981; Tracey, 1986, 1989, 1999), podría ser determinante para asistir o no a sesiones subsecuentes. De igual forma, se desconoce qué papel puede jugar el cumplimiento de las expectativas de los pacientes para que éstos no regresen después de la primera entrevista.

Algunas variables del paciente que se revisaron en la literatura internacional (e.g. falta de pertenencia y participación en agrupaciones religiosas, cambios de casa, empleo, etc.) se relacionan con la inasistencia de los pacientes. Es importante conocer el comportamiento de estas variables para la presente investigación.

Como se observó en la revisión de la literatura, los pacientes que dejan de asistir con el terapeuta no pueden agruparse de forma homogénea, es decir, es difícil establecer una o más características únicas que los identifiquen. Es así que la inasistencia de los pacientes a las sesiones puede tener una gran variedad de explicaciones y variables asociadas. Por esa razón, es importante no enfocarse en una sola explicación para el problema y considerar otras variables, como por ejemplo, las variables del contexto (e.g. tiempo de traslado para acudir a la consulta, dificultades laborales/escolares para asistir con el terapeuta) o bien si el paciente asiste por interés propio o porque lo envía un familiar o amigo.

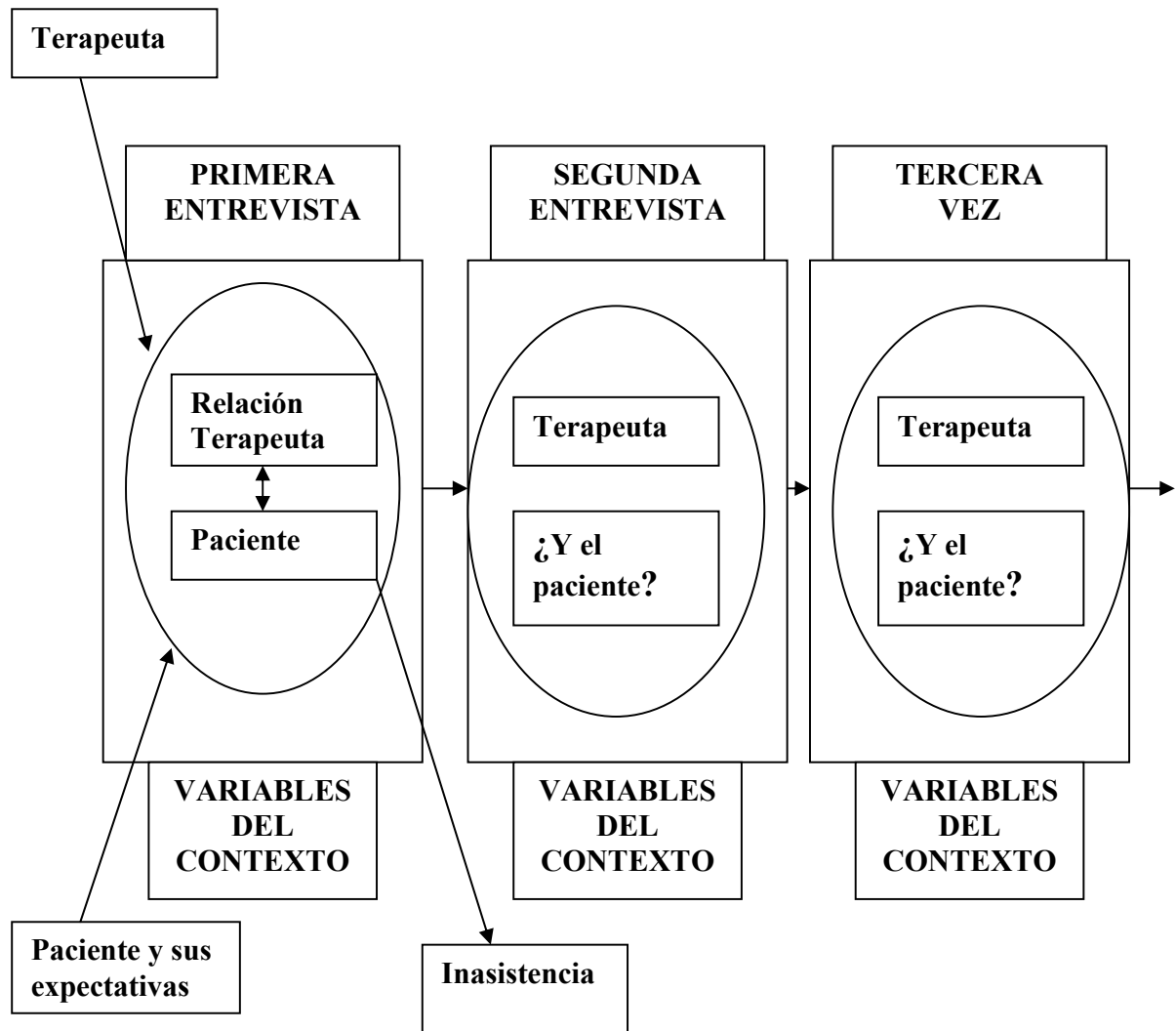
El problema es que la mayoría de los pacientes que deja de asistir a las sesiones lo hace después de la primera entrevista. Es decir, paciente y terapeuta se encuentran cara a cara en la entrevista de primera vez y posteriormente, después de que programan volverse a ver, el paciente no vuelve a asistir. Este problema de investigación puede quedar representado en la Figura 2.

Estos antecedentes nos llevan a plantear la pregunta general de investigación que es la siguiente:

¿Qué variables del paciente y sus expectativas, de la percepción paciente-terapeuta o del contexto se relacionan con la asistencia del paciente a las sesiones?

Figura 2. Variables asociadas con la asistencia de los pacientes.

La interrogante central es: ¿qué variables del paciente y sus expectativas, de la percepción paciente-terapeuta o del contexto se relacionan con la asistencia del paciente a sesiones subsecuentes a la primera entrevista?



De manera específica, las preguntas de investigación se agrupan en cuatro aspectos: 1) variables del paciente, 2) de la relación paciente terapeuta, 3) expectativas y 4) del contexto. Esta clasificación de variables se derivó de la revisión de la literatura en la cual se estudia al fenómeno de la asistencia a las sesiones a partir de dicha clasificación. Además, el hecho de agrupar a las variables en factores del paciente y de la relación paciente terapeuta, es congruente con lo que se presentó en la revisión de la literatura acerca de la Investigación de Resultados en Psicoterapia. En consecuencia, la propuesta de esta tesis es que se puede estudiar el fenómeno de la asistencia a las sesiones usando las siguientes variables.

Acerca del paciente

¿Existe relación entre la asistencia del paciente las sesiones y:

- el número de terapeutas con quienes ha asistido anteriormente?.
- el interés por el cual asiste (propio, lo envía una institución, una amistad, etc.)?.
- el número de veces que ha cambiado de empleo, casa, ciudad?.
- la pertenencia y participación en alguna agrupación religiosa?.

Acerca de las expectativas

¿Existe relación entre la asistencia del paciente las sesiones y:

- El cumplimiento de las expectativas del paciente al final de la primera entrevista?
- El cumplimiento de las expectativas sobre las conductas del terapeuta después de la primera entrevista?

Acerca de la percepción paciente terapeuta

¿Existe relación entre la asistencia del paciente las sesiones y:

- la percepción del paciente hacia el terapeuta al final de la primera entrevista?

Acerca del contexto

¿Existe relación entre la asistencia del paciente las sesiones y:

- el tiempo de traslado que toma al paciente acudir a la consulta?
- el costo que implica acudir a la consulta (económico, dejar a los niños con alguien, salirse del trabajo, dificultades de horario, etc.)?

Justificación

La investigación de variables relacionadas con la inasistencia del paciente a sesiones subsecuentes, es relevante debido a que es un problema frecuente en la práctica de los terapeutas y hay escasas respuestas para saber por qué no regresan los pacientes. Además, esta investigación es importante en los siguientes puntos.

Conveniencia

Esta investigación servirá para detectar si la percepción del paciente hacia el terapeuta al final de la primera entrevista y el cumplimiento de las expectativas del paciente se relacionan con que éste regrese a dos o más sesiones.

Implicaciones prácticas

En la práctica cotidiana de la psicoterapia se programa generalmente una o más sesiones subsecuentes una vez realizada la primera sesión. Con esta investigación se buscará detectar oportunamente qué pacientes tienen más probabilidad de no asistir a las sesiones subsecuentes. En la práctica, dicha detección permitirá dar especial atención a los pacientes que se encuentren en mayor riesgo de no regresar.

Valor teórico

En México se sabe poco acerca del papel que juega la percepción paciente terapeuta y las expectativas del paciente en relación con la asistencia a las sesiones. Esta investigación permitirá aumentar el conocimiento de este fenómeno.

Utilidad metodológica

La presente investigación buscará crear instrumentos para recolectar datos, específicamente, en lo que respecta a la percepción del paciente hacia el terapeuta así como de sus expectativas acerca de la primera entrevista.

Objetivo general

Encontrar variables relacionadas con la asistencia de los pacientes a las sesiones con el terapeuta para detectar de forma temprana (en la primera entrevista) a los pacientes desertores.

Objetivos Específicos

Acerca del paciente

Determinar si existe relación entre la asistencia del paciente a las sesiones y:

- el número de terapeutas con quienes ha asistido anteriormente.
- el interés por el cual asiste (propio, lo envía una institución, una amistad, etc.).
- el número de veces que ha cambiado de empleo, casa y ciudad.
- la pertenencia y participación en alguna agrupación religiosa.

Acerca de las expectativas

Determinar si existe relación entre la asistencia del paciente a las sesiones y:

- El cumplimiento de las expectativas sobre el paciente.
- El cumplimiento de las expectativas del paciente sobre las conductas del terapeuta.

Acerca de la relación paciente terapeuta

Determinar si existe relación entre la asistencia del paciente a las sesiones y:

- la percepción del paciente hacia el terapeuta al final de la primera entrevista.

Acerca del contexto

Determinar si existe relación entre la asistencia del paciente las sesiones y:

- el tiempo de traslado que toma al paciente acudir a la consulta.
- la dificultad que implica acudir a la consulta (en lo económico, salirse del trabajo/escuela, dificultades de horario, etc.).

Hipótesis

Debido a que las hipótesis constituyen instrumentos indispensables en la investigación científica (Kerlinger, 1988) se plantean las siguientes que surgieron de la revisión de la literatura.

Acerca del paciente

- A mayor número de terapeutas haya buscado el paciente anteriormente, menos sesiones asiste con el siguiente terapeuta.
- El interés por el cual acude un paciente con el terapeuta (propio versus ser referido por una institución, amistad, etc.) se relaciona con la asistencia a dos o más sesiones.
- A mayor número de cambios de empleo del paciente, menos sesiones asiste.
- La pertenencia del paciente a alguna agrupación religiosa se relaciona con la asistencia a las sesiones.
- La participación del paciente en actividades religiosas se relaciona con la asistencia a las sesiones.

Acerca de las expectativas

- El cumplimiento de las expectativas sobre el paciente se relaciona con la asistencia a las sesiones.
- El cumplimiento de las expectativas del paciente sobre las conductas del terapeuta se relaciona con la asistencia a las sesiones.

Acerca de la percepción paciente terapeuta

- La percepción del paciente al final de la primera entrevista de que el terapeuta es experto, agradable y confiable se relaciona con la asistencia a las sesiones.

Acerca del contexto

- A mayor sea el tiempo de traslado que toma al paciente acudir a la consulta, menos sesiones asiste.
- A mayor el sea la dificultad que implica asistir a la consulta (económico, dejar a los niños con alguien, salirse del trabajo, dificultades de horario, etc.), menos sesiones asiste.

Diseño de la Investigación

Este es un estudio no experimental dado que no se manipularon variables de forma deliberada (Kerlinger, 1988).

Variables

Variables independientes

- El número de terapeutas con quienes ha asistido el paciente anteriormente.
- El interés por el cual asiste el paciente (propio, lo envía una institución, una amistad, etc.).
- El número de veces que los pacientes se han cambiado de empleo, casa y ciudad.
- La percepción del paciente de que el terapeuta es experto, agradable y confiable al final de la primera sesión.
- El cumplimiento de las expectativas sobre el paciente y sobre las conductas del terapeuta.
- El tiempo de traslado que toma al paciente acudir a la consulta.
- La dificultad que implica acudir a la consulta (económico, dejar a los niños con alguien, salirse del trabajo, dificultades de horario, etc)

Variable dependiente

- La inasistencia del paciente (después de la primera entrevista) a dos o más sesiones.

Definición de Variables

Costo que implica acudir a la consulta (económico, salirse del trabajo, dificultades de horario, etc.)

Esta variable indica el esfuerzo que realiza el paciente en términos económicos, organización de actividades laborales o personales, administración de responsabilidades con el fin de tener disponibles los recursos que necesita para tener su primera entrevista.

Cumplimiento de las expectativas del paciente

Es el grado en que el paciente considera que se cumplió lo que creía que sucedería antes de llegar a la primera entrevista.

Expectativas del paciente

En esta investigación las expectativas quedaron definidas de acuerdo con los factores obtenidos por Tinsley, et al (1980) después de investigar todas las expectativas que teóricamente están presentes al ir a terapia. Es decir, las expectativas quedaron definidas como la anticipación del paciente de que se presenten:

- Actitudes y conductas del paciente (responsabilidad, apertura, motivación).
- Actitudes y conductas del terapeuta (aceptación, confrontación, genuinidad, directividad, empatía, autoapertura, apoyo).

Inasistencia del paciente a dos o más sesiones

Indica la ausencia del paciente a dos o más sesiones con el terapeuta –previo acuerdo en el cual se estableció fecha, lugar y hora para verse después de la primera entrevista con el propósito de tener más entrevistas- clasificando la inasistencia según los siguientes casos: a) el paciente dejó de asistir sin hablarlo con su terapeuta y b) el paciente dejó de asistir por mutuo acuerdo con su terapeuta.

Interés por el cual asiste el paciente (propio, lo envía una institución, una amistad, etc.)

Se refiere al antecedente que llevó al paciente a decidirse por la búsqueda de atención psicológica. Este antecedente pudo ser por ejemplo decisión propia, por recomendación de una amistad o referencia de una institución.

Número de terapeutas con quienes ha asistido el paciente anteriormente

Esta variable indica la cantidad de terapeutas o psiquiatras con quienes ha asistido anteriormente el paciente para recibir atención psicoterapéutica.

Percepción del paciente hacia el terapeuta

Las áreas de “percepción del paciente hacia el terapeuta” que se consideraron fueron las propuestas por Strong (1968). La formulación de este autor incluye las siguientes definiciones:

Experto: La creencia del paciente de que el terapeuta posee información y medios para interpretar información lo cual permitirá al paciente obtener conclusiones válidas y manejar de forma efectiva sus problemas.

Agradable: Los sentimientos positivos del paciente hacia el terapeuta, agrado y admiración por él y deseo de su aprobación.

Confiable: La creencia que se tiene acerca de que el terapeuta es sincero, abierto y no tiene motivos para ganancias personales.

Primera entrevista

Entrevista directiva y focalizada que enfatiza el establecimiento de la relación terapéutica por lo cual el terapeuta asume un rol de apoyo y en consecuencia se enfoca más en el paciente que en recabar datos. Su propósito es establecer el inicio de futuros encuentros (Brems, 1999).

Tiempo de traslado que toma al paciente acudir a la consulta

Se refiere a la cantidad de horas y/o minutos que tomó al paciente llegar de su lugar de procedencia (domicilio, trabajo u otro lugar) al lugar donde tuvo su primera entrevista.

Participantes

La investigación se realizó con estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM (especialmente de primeros semestres) por las siguientes razones:

- 1) Es más frecuente que quienes estudian esta carrera tengan mayor credibilidad en los servicios psicoterapéuticos en comparación con otras profesiones. Esta característica fue importante porque representó la posibilidad de contactar al mayor número de sujetos posibles que alguna vez hayan ido a psicoterapia.
- 2) Se eligieron de primeros semestres con el propósito de “intentar disminuir” el sesgo en las respuestas debido al conocimiento sobre psicología que se va obteniendo en la carrera.
- 3) La población estudiantil es relativamente de más fácil acceso que la población de instituciones de atención psicoterapéutica. En este sentido es importante señalar que se intentó hacer la investigación en instituciones de atención psicológica y las autoridades expresaron que necesitaban tiempo (meses) para revisar el proyecto de investigación. Además, cuando se ha invitado en otras ocasiones a los terapeutas a participar en una

investigación de este tipo, responden frecuentemente que no desean colaborar porque “no quieren que un estudio así interfiera con el tratamiento que dan al paciente”.

En síntesis, la elección de estudiantes de psicología permitió ahorrar tiempo, recursos humanos, trámites administrativos, y dio pie a reunir una muestra del tamaño más grande posible.

Los criterios de inclusión para seleccionar a los participantes fueron:

- Aceptar participar en el estudio de forma voluntaria.
- Haber asistido alguna vez con un psicólogo para recibir psicoterapia individual.
- Haber buscado psicoterapia por apoyo emocional (por ej. depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima, etc.)
- Tener 18 años o más en el momento en que se buscó psicoterapia.
- Existencia de un acuerdo entre paciente y terapeuta –realizado en la primera entrevista- en el cual se especificó fecha, lugar y hora para volverse a ver después con el propósito de tener más sesiones.

Los criterios de exclusión fueron:

- Haber asistido a psicoterapia con el propósito de recibir terapia de pareja.
- Haber asistido a psicoterapia con el propósito de recibir terapia familiar.
- Haber buscado psicoterapia por problemas de bajo rendimiento escolar (por ej. bajas calificaciones o materias reprobadas).
- Haber asistido a psicoterapia como parte de una orientación vocacional.

Muestreo

Se empleó muestreo no aleatorio por participación voluntaria para contactar a sujetos que alguna vez fueron a psicoterapia y que cubrieran los criterios de inclusión que se mencionaron anteriormente.

Instrumentos

Instrumento para medir la percepción del paciente hacia el terapeuta

Este instrumento mide la percepción del sujeto hacia su terapeuta después de la primera entrevista en las tres áreas siguientes definidas por Strong (1968):

Experto: La creencia del paciente de que el terapeuta posee información y medios para interpretar información lo cual permitirá al paciente obtener conclusiones válidas y manejar de forma efectiva sus problemas. Esta subescala se conforma de los adjetivos: inteligente, profesional, intuitivo, consejero, preciso, hábil, claro, convincente.

Agradable: Los sentimientos positivos del paciente hacia el terapeuta, agrado y admiración por él y deseo de su aprobación. Esta subescala se conforma de los adjetivos: simpático, empático, ameno, gracioso, alegre.

Confiable: La creencia que se tiene acerca de que el terapeuta es sincero, abierto y no tiene motivos para ganancias personales. Esta subescala se compone de los adjetivos: confiable, dispuesto, honesto, razonable, franco.

En esta escala, después de que los sujetos tuvieron la primera entrevista con el terapeuta, responden al estímulo: "El terapeuta que me atendió fue..." y el formato de respuesta es dicotómico con las opciones "sí" y "no".

La confiabilidad medida como el coeficiente de consistencia de cada subescala es: Experto .815, Agradable .693, Confiable .839. La confiabilidad de toda la escala es de .891. Los detalles sobre la construcción de esta escala se muestran en el apéndice 2.

Escala de expectativas cumplidas

Esta escala mide el grado en que se cumplió lo que esperaba el paciente en dos sentidos.

A) Expectativas sobre conductas del terapeuta, es decir, el informe del paciente sobre lo que hizo el terapeuta (Tinsley et al. 1980) por medio de los reactivos: El terapeuta fue

capaz de ayudarme, El terapeuta me comprendió, Me orientó, Me sentí seguro, Me sentí apoyado. El alfa de esta subescala es de .824.

B) Expectativas sobre el paciente, es decir, el informe del paciente sobre lo que hizo o le sucedió en la primera entrevista (Tinsley et al. 1980) por medio de los reactivos: Resolví mis dudas, Me sentí tranquilo, Me sentí mejor, Entendí algunas cosas, Me sentí cómodo, Tuve otra perspectiva de los problemas. El alfa de la subescala es de .760.

El coeficiente de confiabilidad de la escala en conjunto es de .876. Los detalles de construcción de la escala están en el apéndice 2.

En el formato de respuesta los sujetos respondieron al estímulo: “Después de la primera entrevista...” y las respuestas fueron dicotómicas con las opciones “sí” y “no”.

Variables del paciente

Para medir estas variables se empleó un cuestionario de preguntas cerradas que a continuación se describe.

- *Cuestionario de preguntas cerradas sobre el paciente.* Las preguntas se elaboraron para obtener información sobre:
 - el número de terapeutas con quienes ha asistido anteriormente.
 - el interés por el cual asistió a terapia (propio, lo envía una institución, una amistad, etc.)
 - el número de veces que ha cambiado de empleo en los últimos cinco años.
 - el número de veces que se ha cambiado de casa en los últimos cinco años
 - el número de ciudades en que ha vivido en los últimos cinco años
 - la pertenencia a alguna agrupación religiosa
 - la participación en alguna agrupación religiosa (medida con el número de horas aproximado que se invirtió tiempo en el último mes en rezar, misas, reuniones, eventos, etc.).

Características del contexto del paciente

Esta variable se midió con un cuestionario de preguntas cerradas para identificar:

- el tiempo de traslado que tomaba al paciente acudir a la consulta.
- el costo que implicaba acudir a la consulta (económico, dejar a los niños con alguien, salirse del trabajo/escuela, dificultades de horario, organizar actividades, etc.). Un ejemplo de pregunta con la cual se midió esta variable es: “Conseguir dinero para pagar la consulta representó para mí...” con las siguientes opciones de respuesta: “nada de esfuerzo o no es mi caso”, “un poco de esfuerzo”, “mucho esfuerzo”, “un grandísimo esfuerzo”.
- satisfacción con el servicio recibido por parte del terapeuta con la pregunta “¿Cómo fue el servicio que recibiste por parte del terapeuta?”. Las opciones de respuesta fueron: “muy malo”, “malo”, “bueno”, “muy bueno”.

Procedimiento

Cuestionario piloto. Se construyó un formato de cuestionario para recoger información que incluyera las variables estudiadas: datos de identificación, variables del contexto del paciente, percepción y expectativas cumplidas después de la primera entrevista.

Este cuestionario se aplicó como prueba piloto en tres grupos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se contactó en total a 104 sujetos de los cuales solo 16 habían ido alguna vez a psicoterapia. En función de estas aplicaciones se realizaron correcciones y cambios en el formato del cuestionario. Con el cuestionario modificado se realizó la aplicación a otro grupo de 30 estudiantes de psicología y se corrigieron puntos adicionales del mismo.

El consentimiento de los profesores para permitir hacer aplicaciones en sus grupos. Se elaboró una carta de presentación con la cual se buscó a los profesores que impartieran clases en la carrera de psicología. En dicha carta se les comentaba de los propósitos del estudio y se solicitaba su autorización para aplicar los cuestionarios en sus grupos. La razón de haber solicitado su apoyo es la siguiente: es más fácil obtener la cooperación de

los estudiantes cuando su profesor les pide el apoyo que cuando se pide la ayuda de los estudiantes sin un profesor de por medio. Se pidió autorización a un total de 29 profesores de los cuales cinco no aceptaron debido a que la aplicación del cuestionario tomaba tiempo y no querían atrasarse en sus programas. En otros casos el profesor comentaba que estaban en época de exámenes con lo cual daba la oportunidad de aplicar los cuestionarios dos o tres semanas después.

Aplicaciones del cuestionario definitivo. El cuestionario definitivo se empleó para aplicarse en forma grupal con una duración aproximada de 50 minutos. Se realizaba la presentación al grupo y se les pedía su cooperación voluntaria. Durante esta presentación se aseguró de manera verbal y escrita a los participantes que todas sus respuestas se manejarían de forma estrictamente confidencial y anónima (los cuestionarios fueron identificados con números y no con nombres). Las instrucciones del cuestionario eran leídas en voz alta y dirigida para todo el grupo buscando que hubiera silencio durante todo el procedimiento. Una dificultad que se presentó en una de las aplicaciones fue que una de las estudiantes pidió al encuestador que se apurara y que se saliera del salón. Durante las aplicaciones se atendieron dudas de los alumnos con respecto del cuestionario, por ejemplo, cinco de ellos preguntaron qué era la “empatía”. Después de que los alumnos concluyeron su cuestionario, se revisó rápidamente que todo estuviera contestado y se les agradeció su participación.

Análisis de los resultados. Para responder a las preguntas de investigación, es decir, para investigar las variables relacionadas con la asistencia de los pacientes a las sesiones se usaron las siguientes pruebas:

- 1) Correlaciones de Pearson. Para conocer el grado de asociación entre la variable “número de sesiones que asistió” y otras variables de nivel de medición intervalar como el número de veces que cambió el paciente de casa, de empleo, de ciudad, número de terapeutas que tuvo el paciente anteriormente, etc.
- 2) Correlaciones de Spearman. Esta prueba se usó para encontrar el grado de asociación entre el número de sesiones que asistió el paciente y otras variables de nivel de medición ordinal. Por ejemplo en la pregunta “Tuve dificultad en conseguir dinero para pagar la consulta” cuyas opciones de respuesta fueron: 1) nada de dificultad, 2) Un poco de dificultad, 3) Mucha dificultad, 4) Gran dificultad.

- 3) Correlación *phi*. Se utilizó para conocer el grado de asociación entre dos variables dicotómicas, por ejemplo, entre la variable “dejar de asistir avisando al terapeuta versus por mutuo acuerdo con él” con respecto de la variable “recibir atención en consultorio público versus privado”.
- 4) Prueba *t* de *student* de grupos independientes. Para conocer si existieron diferencias significativas entre las medias de los grupos: 1) pacientes que dejaron de asistir avisando al terapeuta y 2) pacientes que dejaron de asistir por mutuo acuerdo con su terapeuta.

Resultados

Se contactó en total a 859 sujetos de la carrera de psicología de los cuales 255 habían ido alguna vez a psicoterapia. En lo sucesivo se denominará “pacientes” a estos últimos. De los 255 se eliminaron a los que seguían asistiendo a terapia en el momento del estudio y a aquellos quienes el terapeuta les dijo que no podría recibirlos más sesiones, es decir, la razón por la cual el paciente dejó de asistir fue por propuesta y decisión unilateral del terapeuta. Los pacientes que quedaron en la muestra final fueron 133, con un promedio de edad de 25.6, DE= 9.19. La edad mínima fue de 18 y la máxima de 65 años. Del total de la muestra 24 eran de sexo masculino y 109 de sexo femenino. Con respecto del estado civil 115 eran solteros y 18 casados. La mayoría de los sujetos (79) sólo se dedicaban a estudiar y los demás (54) estudiaban y trabajaban.

La mayoría de los pacientes se encontraban estudiando los primeros semestres de la carrera de psicología: 45% de primero, 33% de tercero, 10% de quinto y 12% de séptimo. Con respecto de la religión, el 28% informó no tener religión, el 65% refirió ser católico y el 8% tenía otra religión (e.g. Testigo de Jehová o Mormón).

Número de sesiones que asistieron los pacientes

El número de sesiones que asistieron los pacientes con el terapeuta tuvo el valor mínimo de uno y máximo de 36. La media de asistencia fue de 9.55, DE = 7.55 y la moda fue asistir cinco veces. El sesgo fue de 1.184 lo cual indica que la tendencia de los pacientes se encuentra en asistir a pocas sesiones. La Kurtosis fue de 1.07 lo cual muestra el alto número de sesiones (36) que asistieron algunos de los pacientes.

Se realizó un análisis de varianza para conocer si existen diferencias en el número de sesiones que se asistió dependiendo del enfoque terapéutico. Como resultado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $F(4,128)=1.802$, $p=.132$ (tabla 25).

Tabla 25. Enfoques de los terapeutas de acuerdo con la información que dieron los pacientes y promedio de sesiones que asistieron

<i>Enfoque terapéutico</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Promedio de sesiones que se asistieron</i>	<i>DE</i>
Gestalt	12	12.83	6.89
Psicoanálisis	17	12.35	8.36
Cognitivo conductual	15	9.93	7.36
No sabe el enfoque	81	8.30	7.26
Otro	8	10.63	8.55
TOTAL	133	9.55	7.55

Variables del paciente relacionadas con la asistencia a las sesiones

Con respecto del interés por el cual asistió el paciente con el terapeuta (interés propio a diferencia de ser referido por otra persona/institución), no se encontró correlación con asistir a las sesiones ($r = .046$). De igual forma, pertenecer o no a alguna agrupación religiosa no se relacionó con la asistencia ($r = .10$).

La variable que tuvo relación significativa con la asistencia a las sesiones fue el número de terapeutas con quienes ha asistido antes el paciente. Entre más terapeutas ha tenido antes el paciente, menos sesiones asistió con el nuevo terapeuta. Las variables que no tuvieron relación con la asistencia a las sesiones fueron el número de veces que el paciente se cambió de empleo, de casa o de ciudad. De igual forma, el costo de la consulta no se relacionó con la asistencia a las sesiones (tabla 26).

Tabla 26. Variables del paciente y su correlación con la asistencia a las sesiones

<i>Variables del paciente</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	Número de sesiones que asistió el paciente con su terapeuta
			<i>r</i>
Horas que el paciente dedicó a la religión el pasado mes	9.52	62.7	-.022
Número de cambios de empleo ¹	1.5	1.35	-.117
Número de cambios de casa ¹	.61	1.02	-.018
Número de cambios de ciudad ¹	.73	.78	-.059
Número de psicoterapeutas con los que ha asistido antes el paciente	1.7	1.26	-.259**
Costo de la consulta	208.53	200.52	.138

¹ Estos cambios son los que se realizaron en los últimos cinco años.

** $p < .01$

El cumplimiento de las expectativas del paciente al final de la primera entrevista y la asistencia a las sesiones

Se preguntó a los pacientes si se cumplieron sus expectativas después de la primera entrevista. Se encontraron relaciones significativas en las cuales asistieron a más

sesiones los pacientes cuyas expectativas se cumplieron. Estas expectativas fueron: 1) acerca del propio paciente (por ej. resolví mis dudas, me sentí tranquilo, mejor, cómodo, entendí algunas cosas, tuve otra perspectiva de los problemas), y 2) acerca de las conductas del terapeuta (por ej. el terapeuta me comprendió, orientó, fue capaz de ayudarme, me sentí apoyado, seguro), ver tabla 27.

Tabla 27. Cumplimiento de expectativas del paciente al final de la primera entrevista y su correlación con la asistencia a las sesiones

<i>Medición de las expectativas</i> ¹	<i>Media</i>	<i>DE</i>	Número de sesiones que asistió el paciente con su terapeuta
			<i>r</i>
Se cumplieron las expectativas sobre el propio paciente ²	9.85	1.88	.354**
Se cumplió lo que el paciente esperaba en las conductas del terapeuta ³	8.51	1.82	.288**

¹ Mayor puntaje indica mayor cumplimiento de las expectativas

² Medición con los reactivos: resolví mis dudas, me sentí tranquilo, mejor, cómodo, entendí algunas cosas, tuve otra perspectiva de los problemas.

³ Medición con los reactivos: el terapeuta me comprendió, orientó, fue capaz de ayudarme, me sentí apoyado, seguro.

** $p < .01$

Percepción del paciente al final de la primera entrevista de que el terapeuta fue experto, agradable, confiable y su correlación con la asistencia sesiones

Se encontraron correlaciones moderadas y significativas en las cuales asistieron a más sesiones los pacientes que percibieron a su terapeuta como más experto, agradable y confiable (tabla 28).

Tabla 28. Percepción del paciente al final de la primera entrevista de que el terapeuta fue experto, agradable, confiable y su correlación con asistir a las sesiones

<i>Medición de la percepción¹</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	Número de sesiones que asistió el paciente con su terapeuta
			<i>r</i>
El paciente percibió al terapeuta como experto ²	13.96	2.44	.297**
El paciente percibió al terapeuta como agradable ³	8.38	1.59	.237**
El paciente percibió al terapeuta como confiable ⁴	9.28	1.33	.352**

¹ Mayor puntaje indica mayor grado en que el paciente percibió al terapeuta como experto, agradable y confiable.

² “Experto” se midió con los adjetivos: inteligente, profesional, intuitivo, consejero, preciso, hábil, claro, convincente.

³ “Agradable” se midió con los adjetivos: simpático, empático, ameno, gracioso, alegre.

⁴ “Confiable” se midió con los adjetivos: confiable, dispuesto, honesto, razonable, franco.

** $p < .01$

Además se preguntó a los pacientes si después de su primera entrevista pensaron en regresar o no a más sesiones. Como resultado, de 111 pacientes que pensaron en regresar, 110 así lo hicieron en los hechos. Por otra parte, de 22 pacientes que pensaron en no regresar después de la primera entrevista, 10 ya no volvieron en los hechos.

En congruencia con lo anterior, se encontraron diferencias entre los pacientes que pensaron en regresar después de la primera entrevista y los que pensaron en no regresar con respecto del número de sesiones que asistieron. Los que pensaron en regresar asistieron a más sesiones (Media = 10.65, DE = 7.54) en comparación con quienes pensaron en no regresar (Media = 4, DE = 4.69). La diferencia fue estadísticamente significativa, $t(131) = 5.40$, $p < .001$.

Variables del contexto y su correlación con la asistencia a las sesiones

Las variables del contexto no se correlacionaron de forma significativa con asistir a dos o más sesiones: minutos de traslado al consultorio, dificultad para pagar la consulta, dificultad por tiempo de traslado al consultorio, etc. (tabla 29).

Tabla 29. Variables del contexto del paciente y su correlación con la asistencia a las sesiones

<i>Variables del contexto del paciente</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	Número de sesiones que asistió el paciente con su terapeuta
			<i>r</i>
Minutos de traslado al consultorio	39.53	28.85	-.150
Dificultad para pagar la consulta ¹	1.65	.79	-.046
Dificultad en salirse del trabajo/escuela para ir a la consulta ¹	1.38	.71	.015
Dificultad en arreglar horarios para ir a la consulta ¹	1.74	.77	-.026
Dificultad en organizar actividades para ir a la consulta ¹	1.91	.83	.003
Dificultad por tiempo de traslado al consultorio ¹	1.71	.82	-.024

¹ La dificultad se midió con los valores: 1=ninguna dificultad, 2=algo de dificultad, 3=mucha dificultad, 4=gran dificultad.

***Variables relacionadas con la forma en que se dejó de asistir con el terapeuta:
sin avisarle versus por mutuo acuerdo con él***

Uno de los problemas con los que se encuentran los psicoterapeutas es que a veces los pacientes que dejan de asistir después de la primera entrevista lo hacen sin cancelar ni decirle al terapeuta que ya no regresarán. En esta investigación se preguntó a los pacientes cómo dejaron de asistir con su terapeuta a partir de dos opciones: hablándolo con él o bien sin avisarle que dejarían de asistir. Enseguida se muestran los resultados de estos análisis.

Los sujetos que dejaron de asistir sin avisarle a su terapeuta se presentaron a menos sesiones (Media = 7.73, DE=6.45) que quienes dejaron de asistir por mutuo acuerdo con su terapeuta (Media = 12.77, DE=8.32). La diferencia fue estadísticamente significativa, $t(131) = 3.88, p < .001$.

Además, se pudo observar que todos los sujetos que asistieron a una sola sesión con el terapeuta dejaron de asistir sin avisarle. La misma tendencia se encontró en los casos en que sólo se asistió a 1-2 sesiones, 1-3 sesiones y 1-4 sesiones. En términos generales, quienes asistieron a pocas sesiones dejaron de asistir sin avisarle al terapeuta (tabla 30).

Tabla 30. Número de sesiones que asistieron los pacientes y su correlación *phi* con la forma en que se dejó de asistir

Número de sesiones que asistió el paciente	Forma en que se dejó de asistir		<i>r</i>
	Sin avisarle al terapeuta (n=85)	Por mutuo acuerdo con el terapeuta (n=48)	
1 Sesión versus 2-36 sesiones	9	0	.202*
1-2 sesiones versus 3-36 sesiones	19	1	.272**
1-3 sesiones versus 4-36 sesiones	25	5	.218*
1-4 sesiones versus 5-36 sesiones	30	9	.175*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Diferencias en las variables del paciente con respecto de la forma en que se dejó de asistir con el terapeuta

Contrario de lo esperado, los pacientes que dejaron de asistir por mutuo acuerdo con el terapeuta se cambiaron más veces de empleo (Media = 1.88, DE = 1.48) que los que dejaron de asistir sin avisar al terapeuta (Media = 1.29, DE = 1.24). La diferencia fue estadísticamente significativa, $t(131) = -2.41$, $p < .05$.

Además, los pacientes que dejaron de asistir por mutuo acuerdo con el terapeuta habían asistido antes con un menor número de psicoterapeutas (Media = 1.54, DE = 1.3) que los que dejaron de asistir sin avisar a su terapeuta (Media = 1.81, DE = 1.23). Sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa $t(131) = 1.18$, $p > .05$.

Finalmente, no se encontraron diferencias significativas entre dejar de asistir sin avisar al terapeuta versus por mutuo acuerdo con él en cuanto a las horas dedicadas a la religión, número de cambios de casa, ciudad y costo de la sesión.

Diferencias en el cumplimiento de las expectativas con respecto de la forma en que se dejó de asistir con el terapeuta

El cumplimiento de las expectativas de los pacientes después de la primera entrevista también marcó una diferencia con respecto de la forma en que se dejó de asistir. Se encontró que los pacientes que dejaron de asistir por mutuo acuerdo con el terapeuta tuvieron mayor cumplimiento de sus expectativas a diferencia de los pacientes que dejaron de asistir sin avisarle cuyas expectativas se cumplieron en menor grado. Las diferencias fueron estadísticamente significativas (tabla 31).

Tabla 31. Diferencias en el cumplimiento de las expectativas entre los pacientes que dejaron de asistir sin avisar a su terapeuta versus dejar de asistir por mutuo acuerdo con él.

	Forma en que los pacientes dejaron de asistir				
	Sin avisar al terapeuta		Por mutuo acuerdo con el terapeuta		<i>t</i> (131)
<i>Después de la primera entrevista se cumplieron las expectativas sobre</i> ¹ ...	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	
El propio paciente ²	9.35	1.88	10.83	1.47	5.01***
Las conductas del terapeuta ³	8.09	1.92	9.25	1.37	4.01***

¹ Mayor puntaje indica mayor cumplimiento de las expectativas

² Medición con los reactivos: resolví mis dudas, me sentí tranquilo, mejor, cómodo, entendí algunas cosas y tuve otra perspectiva de los problemas.

³ Medición con los reactivos: el terapeuta me comprendió, orientó, fue capaz de ayudarme, me sentí apoyado, seguro.

****p*<.001

Diferencias en la percepción de los pacientes con respecto de la forma en que dejaron de asistir con el terapeuta

Existieron diferencias en la percepción de los pacientes al final de su primera entrevista con respecto de la forma en que se dejó de asistir. Se encontró que los pacientes que dejaron de asistir por mutuo acuerdo con el terapeuta lo percibieron como más experto, agradable y confiable después de la primera entrevista a diferencia de los que dejaron de asistir sin avisarle quienes lo percibieron como menos experto, agradable y confiable. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (tabla 32).

Tabla 32. Diferencias en la percepción del paciente entre los que dejaron de asistir sin avisar a su terapeuta versus dejar de asistir por mutuo acuerdo con él

	Forma en que los pacientes dejaron de asistir				
	Sin avisar al terapeuta		Por mutuo acuerdo con el terapeuta		<i>t</i> (131)
<i>Después de la primera entrevista el paciente percibió que su terapeuta fue¹...</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	
Experto ²	13.51	2.49	14.77	2.16	3.06**
Agradable ³	8.19	1.71	8.73	1.31	2.03*
Confiable ⁴	9.06	1.47	9.67	0.95	2.88**

¹ Mayor puntaje indica mayor grado en que el paciente percibió al terapeuta como experto, agradable y confiable.

² "Experto" se midió con los adjetivos: inteligente, profesional, intuitivo, consejero, preciso, hábil, claro, convincente.

³ "Agradable" se midió con los adjetivos: simpático, empático, ameno, gracioso, alegre.

⁴ "Confiable" se midió con los adjetivos: confiable, dispuesto, honesto, razonable, franco.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Diferencias en las variables del contexto con respecto de la forma en que se dejó de asistir a las sesiones con el terapeuta

Los pacientes que dejaron de asistir sin avisarle al terapeuta hacían más minutos de traslado al consultorio (Media = 45) a diferencia de los que dejaron de asistir por mutuo acuerdo con el terapeuta (Media = 33.75).

Por el contrario, no se encontraron diferencias entre dejar de asistir sin avisar al terapeuta versus por mutuo acuerdo con él en cuanto a dificultades para pagar la consulta, dificultad en salirse de la escuela/trabajo para ir a la consulta, dificultad en arreglar horarios para ir a la consulta, etc. (tabla 33).

Tabla 33. Diferencias en las variables del contexto entre los pacientes que dejaron de asistir sin avisar a su terapeuta versus dejar de asistir por mutuo acuerdo con él

<i>Variables del contexto</i>	Forma en que los pacientes dejaron de asistir				<i>t (131)</i>
	Sin avisar al terapeuta		Por mutuo acuerdo con el terapeuta		
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	
Minutos de traslado al Consultorio	45	30.35	33.75	33.11	2.99**
Dificultad para pagar la Consulta	1.69	.83	1.58	.73	.76
Dificultad en salirse del trabajo/escuela para ir a la consulta ¹	1.29	.63	1.54	.82	1.80
Dificultad en arreglar horarios para ir a la consulta ¹	1.79	.81	1.67	.69	.86
Dificultad en organizar actividades para ir a la consulta ¹	1.93	.85	1.88	.78	.77
Dificultad por tiempo de traslado al consultorio ¹	1.82	.86	1.52	.71	2.06*

¹ La dificultad está representada por los valores: 1=ninguna dificultad, 2=algo de dificultad, 3=mucha dificultad, 4=gran dificultad.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Otras variables que se relacionaron con dejar de asistir por mutuo acuerdo con el terapeuta fueron que el paciente haya pensado en regresar a más sesiones, haber percibido buen servicio del terapeuta y sentirse bien después de la primera entrevista. El hecho de atenderse en consultorio público o privado no se relacionó con dejar de asistir por mutuo acuerdo con el terapeuta (tabla 34).

Tabla 34. Componentes posteriores a la primera entrevista y su correlación *phi* con la forma en que se dejó de asistir a las sesiones

		<i>Forma en que se dejó de asistir</i>		<i>r</i>
		<i>Sin avisarle al terapeuta (n=85)</i>	<i>Por mutuo acuerdo con el terapeuta (n=48)</i>	
<i>Después de la primera entrevista...</i>				
La atención se recibió de	Público	19	7	.094
consultorio público o privado	Privado	66	41	
Cómo fue el servicio del terapeuta	Malo	20	2	.250**
	Bueno	65	46	
El paciente pensó en regresar a más sesiones	Si	66	45	.208*
	No	19	3	
Cómo se sintió el paciente	Bien	62	42	.169
	Mal	23	6	

* $p < .05$, ** $p < .01$

Variables que aumentan o disminuyen la probabilidad para dejar de asistir sin avisarle al terapeuta versus por mutuo acuerdo con él

A partir de las variables que fueron significativas en los análisis anteriores se llevó a cabo un análisis de regresión logística teniendo como variable dependiente la forma en que se dejó de asistir con el terapeuta: por mutuo acuerdo versus sin avisarle. Este análisis se realizó con el propósito de conocer la probabilidad asociada con las variables independientes (del paciente, de la percepción paciente terapeuta, expectativas y del contexto) con respecto de la forma en que se dejó de asistir.

Las variables que incrementaron la probabilidad de dejar de asistir por mutuo acuerdo con el terapeuta fueron que al final de la primera entrevista se hayan cumplido las expectativas sobre el paciente (RM=1.64), el terapeuta haya dado buen servicio (RM=3.80) y pocos minutos de traslado al consultorio (RM=.97) (tabla 35).

Tabla 35. Variables que aumentan la probabilidad (Razón de Momios) de dejar de asistir con el terapeuta por mutuo acuerdo con él.

<i>Variables independientes</i>	<i>Dejar de asistir sin hablarlo con el terapeuta versus Por mutuo acuerdo con él</i>	
	RM	IC (95%)
Mayor número de cambios de empleo del paciente	1.49	1.10 - 2.03
Mayor número de psicoterapeutas con quienes ha asistido anteriormente	.891	.629 - 1.26
Mayor cumplimiento de expectativas sobre el propio paciente	1.64**	1.15 - 2.34
Mayor cumplimiento de expectativas sobre las conductas del terapeuta	1.11	.77 - 1.60
Percepción de que el terapeuta es experto	1.26	.102 - 1.55
Percepción de que el terapeuta es agradable	.96	.70 - 1.33
Percepción de que el terapeuta es confiable	1.09	.63 - 1.87
Minutos de traslado al consultorio	.97**	.96 - .99
Dificultad por el tiempo de traslado al consultorio	.692	.394 - 1.21
El paciente percibió buen servicio del terapeuta	3.80***	1.90 - 7.59
Después de la primera entrevista el paciente pensó en no regresar a más sesiones	.678	.160 - 2.86

** $p < .01$, *** $p < .001$

Discusión

Los resultados se discuten a partir de las mismas variables que se estudiaron en la revisión de la literatura y en la Investigación de Resultados en Psicoterapia: variables del paciente, expectativas, percepción del paciente hacia el terapeuta y variables del contexto.

Variables del paciente

La mayoría de los pacientes que asistieron a pocas sesiones tenían como característica que se habían cambiado varias veces de empleo y habían tenido varios terapeutas anteriores. Esto concuerda con Cross & Warren (1984) y Baekeland & Lundwall (1975) quienes informan que los pacientes que dejan de asistir con el terapeuta tienen estilo de vida nómada, dificultad para establecer lazos firmes con los demás y están aislados socialmente. Además, algunas de las razones (entre otras) para que dejen de asistir los pacientes que han visto a varios terapeutas son las siguientes: 1) estos pacientes son muy exigentes con respecto del terapeuta que esperan encontrar, si no se cumple su expectativa en la primera entrevista, probablemente dejarán de asistir, 2) quizá se trate de pacientes con baja tolerancia a la frustración lo cual se refleja en no dar al terapeuta la oportunidad de trabajar dos o más sesiones y en consecuencia el paciente, con su intolerancia, de inmediato deja de asistir, 3) otra razón sería que el paciente busca terapeutas para “derrotarlos” y demostrar que su problema es intratable (Bergman, 1985).

Por otro lado, uno de los resultados que no correspondió con lo esperado es que no se encontró relación entre asistir las sesiones y el interés por el cual se buscó al psicoterapeuta (propio versus referido por otra persona/institución). Dado que la mayoría de la población fue de adultos jóvenes, varios de los cuales vivían aún con su familia, el autor de este estudio escuchó de manera anecdótica informes de los sujetos en los cuales asistieron con el terapeuta debido a que los envió un familiar como la mamá. Como se sabe, en nuestra cultura la figura materna es de especial importancia y quizá esta fue la razón por la cual el hecho de asistir con el terapeuta referido por otra persona tuvo tanto peso como cuando se asiste por decisión propia.

Otro resultado contrario a lo esperado fue que no se encontró que la pertenencia en alguna religión o las horas dedicadas a la misma tuviera relación con asistir a las sesiones. El supuesto era que, si una persona tiene un “sentido de pertenencia” entonces le sería más fácil “pertenecer” a la relación con su terapeuta. Una razón para no encontrar el resultado esperado es que quizá la religión, en cuanto a pertenecer a ella y practicarla, no es sinónimo de pertenecer a otras relaciones, después de todo, también es posible pertenecer a una religión y practicarla en la soledad, es decir, sin interacción interpersonal de por medio. Quizá sería mejor que en futuras investigaciones se estudie la capacidad de las personas para iniciar y mantener relaciones interpersonales (tanto del paciente como del terapeuta) dada su posible relación para crear un lazo terapéutico firme que resulte en mayor asistencia de los pacientes.

Expectativas

La mayoría de los pacientes tuvieron expectativas sobre la primera entrevista acerca de ellos mismos (por ej. resolver sus dudas, sentirse tranquilos, cómodos, tener otra perspectiva de los problemas) y acerca de las conductas del terapeuta (por ej. que el terapeuta les comprendiera, orientara, fuera capaz de ayudar y apoyar). El cumplimiento de las expectativas de los pacientes tuvo una relación moderada con asistir las sesiones con el terapeuta. Este resultado contradice los de Goin, Yamamoto & Silverman (1965) y Hardin, Subich & Holvey (1988). Como se observó en la revisión de la literatura, es frecuente que existan resultados contradictorios en el estudio de la asistencia de los pacientes a las sesiones. Es válido preguntarse si el cumplimiento de las expectativas de los pacientes puede generalizarse en su importancia con otros escenarios de tratamiento psicoterapéutico (por ej. en terapia familiar o de pareja, terapia psiquiátrica) de manera que afecte (o no) en la asistencia de los pacientes después de la primera entrevista.

Esta investigación aportó información acerca de que los pacientes esperan que se cumplan varias cosas con el terapeuta: que les comprenda, oriente, sea capaz de ayudar y apoye. De igual forma, los pacientes esperan que en la primera entrevista resuelvan sus dudas, se sientan tranquilos, mejor, cómodos, entender algunas cosas y tener otra perspectiva de los problemas. Como se puede observar estos componentes pueden tener un matiz subjetivo por lo cual el punto de vista sobre lo sucedido en la primera entrevista puede tener distintas interpretaciones entre el paciente y el terapeuta e incluso entre un

paciente y otro. ¿A qué se debe que las personas tengan distintos puntos de vista? En la teoría de los constructos personales de Kelly (1955) tenemos que las personas difieren en la construcción de los sucesos (“corolario de la individualidad”). Cada ser humano es como un científico porque intenta dar un sentido al mundo formulando hipótesis acerca de su funcionamiento. En el modelo de Kelly las construcciones que cada persona realiza representan directrices para discriminar, identificar, entender y predecir los acontecimientos.

De igual forma, en esta investigación se encontraron dos tipos de expectativas que se relacionaron con la asistencia a las sesiones: las expectativas acerca de las acciones del propio paciente y las expectativas acerca de las conductas del terapeuta. Estos hallazgos coinciden parcialmente con los resultados de Tinsley, et al (1980) quien investigó todas las expectativas que teóricamente están presentes al ir a terapia y que fueron las siguientes: expectativas sobre las conductas del terapeuta, sobre las conductas del paciente, sobre características del terapeuta y sobre el proceso de las sesiones.

Percepción paciente terapeuta

Cuando los pacientes percibieron a su terapeuta (después de la primera entrevista) como más experto, agradable y confiable, hubo la tendencia a asistir un mayor número de sesiones. En este sentido, puede retomarse la idea de Laing, Phillipson & Lee (1966) acerca de que no puede existir una relación entre dos personas si no se perciben el uno al otro. Además los resultados de esta investigación confirman que las cualidades del terapeuta deben ser percibidas por el paciente en el mejor de los casos (Kramer, 1978). Es un hecho que la percepción de los pacientes es subjetiva –especialmente si han asistido a pocas sesiones–, sin embargo, con los resultados de este estudio se confirma la vigencia de las palabras de Carl Rogers: “es valioso notar que la forma en que se percibe al terapeuta, sus actitudes y procedimientos creará una diferencia en el cliente, y que es esta percepción la que es crucial” (1961, p. 44).

La percepción de que el terapeuta fue experto, agradable y confiable se relacionó con asistir a las sesiones lo cual concuerda con los resultados de McNeill et al (1987) quien estudió a 56 sujetos que dejaron el tratamiento a diferencia de 148 que lo completaron. En los resultados de estos autores, los que dejaron el tratamiento estuvieron menos

satisfechos y percibieron a su terapeuta como menos experto, agradable y confiable en comparación con quienes lo completaron.

Además, esta investigación aporta evidencia a favor del modelo de “influencia social” de Strong (1968) en el cual se propone que si el paciente percibe al terapeuta como experto, agradable y confiable entonces aumenta la posibilidad de influir en el paciente. Dicha influencia se puede ver reflejada en que el paciente asista a dos o más sesiones. Finalmente, tiene sentido que encontrar a un terapeuta con características positivas aumente la posibilidad de desear verlo nuevamente.

Uno de los hallazgos que guardaron mayor relación con asistir a dos o más sesiones fue que al final de la primera entrevista los pacientes ya tenían en mente si regresarían o no con el terapeuta. La tendencia fue que aquellos que decidieron regresar a más sesiones así lo hicieron en los hechos. Esto hace suponer que los pacientes llevan a cabo alguna evaluación dentro de ellos sobre lo sucedido en su primera entrevista de tal manera que el resultado es la decisión de regresar o no a más sesiones.

Variables del contexto

En la presente investigación se incluyeron variables del contexto que presumiblemente se relacionarían con la asistencia del paciente después de la primera entrevista. Estas variables fueron el tiempo de traslado al consultorio y dificultad del paciente en: trasladarse, pagar la consulta, salirse de la escuela/trabajo para ir a la consulta y organizar sus actividades para ir a la consulta. Como resultado, la mejor variable fue el tiempo de traslado: a menos minutos de traslado al consultorio se asistió a un mayor número de sesiones; sin embargo esta relación fue débil ($r=-.15$). Las variables del contexto son importantes porque son el medio antecedente para que un paciente acuda con el terapeuta. Después de todo, es necesario trasladarse, salirse del trabajo/escuela y organizarse para acudir a la primera entrevista y las sesiones subsecuentes. Sin embargo, en esta investigación no se encontró que tuvieran el papel más importante en la asistencia de los pacientes con el terapeuta. Algunas razones de este resultado podrían ser: 1) Las variables del contexto tienen poco peso en la relación costo beneficio cuando se busca ayuda terapéutica, 2) Si el paciente logra superar los obstáculos del contexto para acudir a su primera entrevista, podría suponerse que logrará hacerlo de nuevo para

asistir a dos o más sesiones, sin embargo, los obstáculos para no volver a asistir serán distintos a las variables del contexto (por ejemplo, que no se cumplan las expectativas del paciente), 3) Quizá las variables del contexto van obteniendo mayor importancia conforme avanza el tratamiento (las sesiones) y no es clara la importancia que tienen con respecto de las primeras sesiones, 4) Es posible que las variables del contexto fueron medidas de manera inadecuada en la presente investigación lo cual afectó en los resultados que se encontraron.

Dejar de asistir sin avisarle al terapeuta versus por mutuo acuerdo

Se encontró que cuando los pacientes asisten a pocas sesiones (menos de cinco) existe la tendencia a no avisarle al terapeuta que se dejará de asistir. Quizá es este el origen de la pregunta ¿por qué no regresan los pacientes?. Considerando los resultados de la presente investigación, los casos en que no se avisó al terapeuta que se dejará de asistir se asociaron con que no se cubrieron las expectativas de la primera entrevista y además se percibieron en el terapeuta más características negativas que positivas. Además, aquellos que dejaron de asistir sin avisar al terapeuta hacían más tiempo de traslado al consultorio (45 minutos en promedio) en comparación con quienes acordaron con el terapeuta que ya no asistirían (34 minutos en promedio).

Con respecto del número de cambios de empleo y dejar de asistir sin avisar al terapeuta versus por mutuo acuerdo, se esperaría que los pacientes más inestables (mayor número de cambios de empleo) dejan de asistir sin avisar al terapeuta. Sin embargo, los resultados no coincidieron con lo esperado. Es un poco difícil explicar esto. Quizá el problema no se encuentra en la “inestabilidad” de los pacientes al cambiar de un empleo a otro sino en las dificultades que enfrenta nuestra sociedad para encontrar trabajo. Otra posible explicación es que la búsqueda de nuevos empleos quizá se asocie con un sentido de responsabilidad por encontrar mejores oportunidades y es esa responsabilidad la que hace que los pacientes dejen de asistir por mutuo acuerdo con su terapeuta. En todo caso, esta investigación no permite esclarecer completamente este resultado.

Debe agregarse que será necesaria más investigación para conocer si existen otros elementos, y cuáles son, que se relacionen con la inasistencia de los pacientes sin avisarle al terapeuta.

Conclusiones

Las variables que se relacionaron con la asistencia después de la primera entrevista y que representan las principales aportaciones de esta investigación son las siguientes:

- 1) Acerca del paciente: Tener pocos cambios de casa y empleo, haber asistido con pocos terapeutas anteriormente.
- 2) Acerca de las expectativas: El cumplimiento, al final de la primera entrevista, de las expectativas sobre el paciente (el paciente resolvió sus dudas, se sintió tranquilo, cómodo, mejor, tuvo otra perspectiva de los problemas) y el cumplimiento de las expectativas sobre las conductas del terapeuta (el terapeuta le comprendió, orientó, fue capaz de ayudar, dio apoyo y seguridad).
- 3) Acerca de la percepción paciente terapeuta: El paciente percibió al final de la primera entrevista que su terapeuta fue experto (inteligente, profesional, intuitivo, consejero, preciso, hábil, claro, convincente) y confiable (dispuesto, honesto, razonable, franco). El terapeuta dio buen servicio y el paciente tomó la decisión (después de la primera entrevista) de regresar a más sesiones.
- 4) Acerca del contexto: Menor tiempo (minutos) de traslado al consultorio.

Como se observó en la revisión de la literatura, específicamente, en la investigación de resultados en psicoterapia (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2002) uno de los factores que más explican los resultados del tratamiento son variables del propio paciente y en segundo lugar las variables de la relación paciente terapeuta. En los resultados de esta investigación se encontró algo diferente –recordando que no se estudiaron los resultados del tratamiento sino la asistencia a las sesiones– que es lo siguiente: las variables de la relación paciente terapeuta tienen mayor influencia que las variables del paciente sobre la asistencia a las primeras sesiones. En otras palabras, se confirma que la llamada “primera impresión” puede ser determinante para hacer que los pacientes asistan a dos o más sesiones.

Finalmente, la presente investigación tuvo como punto de partida dos modelos centrales: la revisión de la literatura sobre la inasistencia de los pacientes y la investigación de resultados en psicoterapia (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2002). Ambos tienen en

común que se da especial énfasis a las variables del paciente y a las variables de la relación paciente terapeuta. Los resultados de este estudio confirman lo revisado en la literatura en el sentido de que las variables de la relación paciente terapeuta (percepción y expectativas) también tienen un efecto importante en la asistencia de los pacientes a las sesiones.

Limitaciones

Esta investigación no puede agotar todas las respuestas al problema de la inasistencia de los pacientes. De acuerdo con lo que se señaló en la revisión de la literatura, quizá el elemento más importante en el estudio de este tema es el siguiente: las razones para asistir o no con el terapeuta pueden variar de una persona a otra e incluso pueden variar de un momento a otro en la misma persona.

En congruencia con lo anterior, deben señalarse algunas limitaciones de la investigación realizada. Por ejemplo, dado que los estudiantes de psicología se identifican con un enfoque terapéutico u otro, dicho enfoque tal vez sea el que determinó lo que esperaban cuando buscaron terapia. Además, la palabra “percepción” implica matices de subjetividad y en consecuencia, una cosa es lo que perciben los pacientes y otra, probablemente distinta, son las características objetivas de los terapeutas. Cabe aclarar, sin embargo, que este estudio no pretendió investigar a los terapeutas por medio de sus pacientes.

También debe tenerse en cuenta que las características de los terapeutas -informadas por los pacientes- obedecen únicamente a cada díada. Es decir, se trata de cada paciente con respecto a su respectivo terapeuta. Más aún, las respuestas de cada paciente pudieran deberse más a su respectiva personalidad (del paciente) que a la personalidad del terapeuta.

Un aspecto que fue difícil determinar o medir con esta investigación es acerca del sesgo de las respuestas de los pacientes. Como se observó, los participantes estudiaban la carrera de psicología lo cual representa una desventaja. Por ejemplo, se dice que la población de psicología no es conveniente para hacer aplicación de cuestionarios porque, debido a sus conocimientos sobre psicología, podrían suponer de qué trata el estudio y en consecuencia dar respuestas distintas a las esperadas (sesgadas). Como se mencionó en

la selección de los participantes, se buscó a estudiantes de los primeros semestres de forma predominante para disminuir dicho sesgo, prueba de ello fue que el 60% de los sujetos no sabía el enfoque del terapeuta con el cual asistió. Sin embargo, es difícil saber en los hechos si el sesgo en sus respuestas quedó disminuido o eliminado.

En esta misma línea, no es posible descartar que la “deseabilidad social” haya influido en las respuestas de los participantes. Cuando se realizó la presentación del estudio se aseguró a los participantes en forma verbal y escrita que sus respuestas se manejarían de forma confidencial y anónima. Sin embargo, quizá eso no fue suficiente para asegurar la honestidad en las respuestas. Una razón de esto es que varios de los pacientes tengan planes de ser psicoterapeutas, en consecuencia, responderían a los cuestionarios de “manera correcta” con la tendencia a hablar bien de su propio terapeuta, pues en el futuro el participante también estará en la misma posición.

Otra limitación es que los resultados de esta investigación deben considerarse como válidos para la muestra de pacientes en quienes se llevó a cabo. En otras palabras, es difícil –o quizá imposible– generalizar los resultados a otras poblaciones distintas de los estudiantes de psicología.

Como se pudo observar en los resultados, la mayoría de las correlaciones tuvieron valores moderados o débiles. Esto nos dice que, aunque hayan sido estadísticamente significativos, los resultados explican poco (o tal vez nada) acerca del problema de la inasistencia de los pacientes a las sesiones. Las correlaciones bajas pudieron suceder por tres razones -entre otras-: 1) los pacientes en general tienden a evaluar de manera positiva a sus terapeutas aún si en los hechos el terapeuta fue grosero, impuntual o confrontó en la primera entrevista; en este caso, el paciente quizá informe únicamente que no le agradó el terapeuta, 2) el fenómeno de la inasistencia de los pacientes a las sesiones está multi-determinado y resulta casi imposible acercarse a conclusiones definitivas al respecto, 3) las correlaciones fueron bajas debido a defectos en la construcción y aplicación de los instrumentos empleados en el estudio. Como se observó en los resultados, aunque las correlaciones fueron bajas muchas fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, el hecho de que hayan sido “significativas” no mejora necesariamente a los resultados; debemos recordar que el criterio de “estadísticamente significativo” (.05) es arbitrario (Cowles & Davis, 1982) por lo cual no podemos tener

certeza absoluta e inequívoca de las correlaciones. Además, los números (correlaciones) no necesariamente son sinónimos de los hechos (inasistencia de los pacientes a las sesiones).

Finalmente, dado que se preguntó a los pacientes sobre sucesos que ocurrieron tiempo atrás de manera no reciente entonces es posible que sus respuestas hayan sido distorsionadas por el efecto que tiene el tiempo en la memoria.

Posible utilidad de la presente investigación

Se espera que la investigación realizada haya servido para dar un mayor número de respuestas al problema de la inasistencia de los pacientes. En síntesis, las variables de la relación paciente terapeuta, específicamente la percepción del paciente hacia el terapeuta fue determinante para que el paciente asistiera a las sesiones. De igual forma las expectativas de los pacientes se relacionaron con la asistencia. Las variables del contexto, como el cambio de casa y de empleo jugaron un papel menos central. Esta investigación tiene utilidad no sólo en saber más acerca de este problema, sino que se espera que puedan desprenderse recomendaciones prácticas con el propósito de aumentar la asistencia de los pacientes a las sesiones.

RECOMENDACIONES PARA QUE ASISTAN LOS PACIENTES Y SUGERENCIAS DE FUTURA INVESTIGACIÓN

Cómo Hacer que los Pacientes Asistan a Dos o Más Sesiones con el Terapeuta

A partir de los resultados de los estudios previos y del estudio final, se desprenden las siguientes sugerencias como propuesta para hacer que los pacientes asistan a dos o más sesiones con el terapeuta.

Recomendaciones a los terapeutas

Algunas de las medidas que pueden tomar los terapeutas en la primera entrevista para aumentar la probabilidad de que los pacientes regresen a dos o más sesiones son: asignar un momento para resolver las dudas del paciente, no culpar ni criticar al paciente y permitir que el paciente dé retroalimentación al terapeuta al final de la primera entrevista (Figura 3).

Figura 3. Sugerencias a los terapeutas para la primera entrevista.

¿Cómo aprovechar la primera entrevista para hacer que regresen los pacientes a más sesiones?

- *Asignar un momento para resolver dudas de los pacientes en la primera entrevista.* A partir de la investigación realizada en esta tesis, se sugiere a los terapeutas que asignen algunos minutos de la primera entrevista para resolver dudas de los pacientes (la gran mayoría que no regresó a dos o más sesiones dijeron que no se resolvieron sus dudas). Los minutos que se inviertan para resolver las dudas del paciente podrían representar la posibilidad de que regrese a más sesiones.
- *Si el paciente se siente mejor después de la primera entrevista aumenta la posibilidad de que regrese a más sesiones.* Se sugiere a los terapeutas buscar medios para que los pacientes se sientan mejor después de la primera entrevista. De hecho, es de suponerse que al término de la primera entrevista el efecto en el paciente sea más de tipo positivo que negativo. Las intervenciones de “confrontación” no son recomendables en las primeras sesiones. De igual forma, sería importante encontrar la manera de evaluar si el paciente se siente mejor al final de la primera entrevista.
- *No culpar o criticar a los pacientes en la primera entrevista.* En los resultados de esta tesis, cuando se culpó a los pacientes la tendencia fue que no regresaran a dos o más sesiones.
- *Los pacientes que se desahogaron después de primera entrevista tuvieron mayor posibilidad de asistir a más sesiones.* Cuando los pacientes logran expresar lo que les intriga y además liberan el malestar emocional es posible que después se sientan mejor. Puede suponerse que los pacientes a veces no tienen a nadie con quien hablar de lo que les sucede, en consecuencia, cuando asisten con el terapeuta encuentran la oportunidad de expresarse. Se recomienda a los terapeutas permitir este desahogo dado que se relacionó con que los pacientes asistieran a dos o más sesiones.
- *El buen servicio del terapeuta se relacionó con el regreso de los pacientes a dos o más sesiones.* Este punto representó una de las correlaciones más fuertes para que los pacientes asistieran de nuevo con el terapeuta. Sin embargo, hará falta que pueda determinarse qué indicadores son muestra de buen servicio para el paciente y el grado en que sea posible que los terapeutas los incluyan en su práctica.
- *Dar libertad al paciente para que retroalimente al terapeuta después de la primera sesión.* La sugerencia es preguntar al paciente al término de la primera entrevista si hubo algo que hiciera o dijera (el terapeuta) que le haya molestado al paciente. Esta idea podría representar un medio para mejorar la relación dado que es una manera de demostrar que el punto de vista del paciente es importante para el terapeuta.

Figura 3. Sugerencias a los terapeutas para la primera entrevista (continuación).

- *Los pacientes que perciben características positivas en sus terapeutas suelen regresar a dos o más sesiones.* Con los resultados de esta tesis se encontró que para los pacientes es importante percibir en la primera entrevista que su terapeuta es experto, agradable y confiable:

- Como características de terapeuta experto –arrojadas por esta investigación- tenemos las siguientes: inteligente, profesional, intuitivo, preciso, hábil, claro, convincente, seguro, objetivo, preparado, capaz, esmerado, orientador, ético, concreto, actualizado, organizado y coherente. A su vez, el terapeuta experto no es percibido como rígido ni incompetente.

- Características de que el terapeuta es agradable: en este caso el terapeuta es percibido como ameno, respetuoso, amigable, presentable, interesante, atento, sencillo, tolerante, cordial y tratable. Los aspectos desagradables incluirían ser percibido como descuidado, nervioso, juzgón, enojón, prepotente, malencarado, criticón, dominante, materialista y arrogante.

- Características de que el terapeuta es confiable. Esto puede reflejarse en que el paciente percibe que el terapeuta es dispuesto, honesto, razonable, franco, comprensivo, íntegro, abierto y apoyador. Un aspecto contrario a ser confiable es ser visto como impulsivo.

Se sugiere a los terapeutas considerar esta lista de características como una posible forma de autoevaluación y de ambición profesional que redunde en aumentar el número de sesiones que asisten los pacientes lo cual permitirá dar mayor beneficio terapéutico.

- *Considerar las expectativas de los pacientes.* La mayoría de los pacientes abrigan ciertas expectativas del encuentro que tendrán con el terapeuta. Se sugiere a los terapeutas cuidar los siguientes indicadores sobre lo que esperaron los pacientes lo cual se relacionó con que asistieran a dos o más sesiones: se espera que después de la primera entrevista hayan resuelto sus dudas, se sientan tranquilos, cómodos y desahogarse. De igual forma los pacientes esperan obtener algo del terapeuta. En este sentido los indicadores que se relacionaron con asistir a dos o más sesiones y que se recomienda considerar son que el paciente esperó sentirse apoyado, comprendido, seguro y que el terapeuta fuera capaz de ayudarlo.

¿Qué Sigue por Investigar?

La presente investigación no responde a varias cuestiones que deben considerarse para futuros trabajos. Es importante conocer si los resultados del presente estudio pueden replicarse en otras poblaciones, por ejemplo, escenarios con atención psiquiátrica (pública y privada), adolescentes, familias y parejas en terapia, sujetos que busquen atención psicoterapéutica que tengan profesión distinta a la psicología, etc. En estudios posteriores será recomendable el empleo de diseños de tipo prospectivo para validar si es posible la detección de pacientes que asistan a pocas sesiones.

Una pregunta que merece atención en futura investigación es si la percepción de los pacientes en la primera entrevista y sus expectativas se mantienen a lo largo de las demás sesiones o bien si ésto se modifica, y si es así, en qué momento se modifica (a las cuántas sesiones).

Por otro lado, quedan como preguntas de futura investigación si la capacidad de relacionarse o de establecer lazos interpersonales se relaciona con la asistencia a las sesiones. Después de todo, la relación paciente terapeuta implica también un lazo interpersonal. Será necesario saber si existe relación y de qué manera entre la capacidad para relacionarse por parte del terapeuta y el paciente con respecto de la asistencia a las sesiones.

En la presente tesis se investigó en menor medida el servicio de las recepcionistas, telefonistas y secretarias para la asistencia de los pacientes a las sesiones. La pregunta realizada era: ¿cómo fue el servicio que recibiste por parte de la(s) recepcionista(s) cuando acudiste a psicoterapia? Las opciones de respuesta incluyeron las opciones “muy malo, malo, bueno, muy bueno”. Cuando los pacientes calificaron los servicios de este personal como bueno o muy bueno, los pacientes asistieron a dos o más sesiones. Se presentó el caso contrario cuando calificaron el servicio como malo o muy malo. Desgraciadamente queda como pregunta abierta cuáles son los indicadores que determinan que los pacientes observen un “buen servicio” lo cual puede representar el objeto de futura investigación.

Mientras que la presente investigación dio especial énfasis al estudio de la inasistencia de los pacientes en las primeras sesiones, aún queda por investigar las variables que hacen que los pacientes dejen de asistir en las fases intermedias del tratamiento. Es más, sería importante conocer las variables que hacen que los pacientes lleguen al término de un tratamiento especialmente si éste es de 15 o más sesiones.

De igual forma, necesita estudiarse si los resultados de la investigación pueden ser usados por los terapeutas para detectar en su propia práctica a los pacientes que podrían asistir a pocas sesiones.

También hará falta comprobar con estudios empíricos si son útiles las sugerencias que se desprendieron de esta investigación sobre “cómo hacer que los pacientes asistan a dos o más sesiones con el terapeuta”. Una de las interrogantes que deberá responderse es si estas sugerencias tienen aplicación en algún enfoque terapéutico y no en otros.

Las líneas de investigación que presumiblemente arrojarían pocos avances para el estudio de este tema incluyen el estudio de variables del terapeuta (por sí solo) y el estudio de las variables del paciente (por sí solo). Existe la posibilidad de encontrar un mayor número de respuestas si se estudia a la interacción paciente terapeuta, dando especial énfasis a la percepción de cada uno. Debe tenerse presente que la percepción es subjetiva y por tanto puede ser errónea, sin embargo, el estudio de la percepción en la investigación empírica ha permitido encontrar más respuestas al problema de la inasistencia de los pacientes con el terapeuta.

Finalmente, con los resultados de esta tesis se han obtenido los componentes que ayudaron a distinguir a los pacientes que no regresaron después de la primera entrevista. Deber recordarse que estos componentes se enfocan a los casos de primera entrevista que tienen como uno de sus propósitos el establecer el inicio de futuros encuentros para continuar la evaluación y empezar posteriormente un tratamiento. Estos elementos se muestran en forma de cuestionario en la tabla 36. Será necesario saber en futura investigación de tipo prospectivo si dicho cuestionario es útil para detectar a los pacientes que asistirán a pocas sesiones. De antemano puede establecerse como hipótesis que funcionará, sin embargo, la respuesta sólo puede obtenerse con investigación empírica.

Tabla 36. Preguntas para distinguir a los pacientes que asisten a pocas sesiones.

Indagar con el paciente antes de la primera entrevista

¿Con cuántos terapeutas (psicólogos y/o psiquiatras) ha asistido usted antes con el propósito de recibir psicoterapia? _____

¿Cuántas veces se ha cambiado de empleo en los últimos cinco años? _____

Tabla 36. Preguntas para distinguir a los pacientes que asisten a pocas sesiones (*continuación*).

CUESTIONARIO POSTERIOR A LA PRIMERA ENTREVISTA

Instrucciones: Le pedimos de la manera más atenta responder marcando con una “X” el número que corresponda dependiendo de las siguientes opciones de respuesta:

- Totalmente en desacuerdo
- Un poco en desacuerdo
- Un poco de acuerdo
- Totalmente de acuerdo.

Su punto de vista es muy importante y permitirá mejorar el servicio.

EL TERAPEUTA QUE ME ATENDIÓ FUE:

	Totalmente en Desacuerdo	Un poco en Desacuerdo	Un poco de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Agradable	1	2	3	4
Respetuoso	1	2	3	4
Ameno	1	2	3	4
Amigable	1	2	3	4
Enojón	4	3	2	1
Interesante	1	2	3	4
Nervioso	4	3	2	1
Sencillo	1	2	3	4
Prepotente	4	3	2	1
Atento	1	2	3	4
Presentable	1	2	3	4
Tolerante	1	2	3	4
Malencarado	4	3	2	1
Criticón	4	3	2	1
Materialista	4	3	2	1
Arrogante	4	3	2	1

Tabla 36. Preguntas para distinguir a los pacientes que asisten a pocas sesiones (*continuación*).

EL TERAPEUTA QUE ME ATENDIÓ FUE:

	Totalmente en Desacuerdo	Un poco en Desacuerdo	Un poco de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Experto	1	2	3	4
Intuitivo	1	2	3	4
Rígido	4	3	2	1
Profesional	1	2	3	4
Inteligente	1	2	3	4
Preciso	1	2	3	4
Hábil	1	2	3	4
Claro	1	2	3	4
Convincente	1	2	3	4
Objetivo	1	2	3	4
Incompetente	4	3	2	1
Preparado	1	2	3	4
Capaz	1	2	3	4
Esmerado	1	2	3	4
Orientador	1	2	3	4
Concreto	1	2	3	4
Organizado	1	2	3	4
Coherente	1	2	3	4
Confiable	1	2	3	4
Dispuesto	1	2	3	4
Comprensivo	1	2	3	4
Abierto	1	2	3	4
Apoyador	1	2	3	4

Tabla 36. Preguntas para distinguir a los pacientes que asisten a pocas sesiones (*continuación*).

<i>Después de esta entrevista que me hicieron...</i>	Totalmente en Desacuerdo	Un poco en Desacuerdo	Un poco de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Me siento tranquilo	1	2	3	4
Me siento mejor	1	2	3	4
Me siento cómodo	1	2	3	4
Tengo otra perspectiva de los problemas	1	2	3	4
Me desahogué	1	2	3	4
Hubo buena comunicación entre el terapeuta y yo	1	2	3	4
El terapeuta me apoyó	1	2	3	4
El terapeuta me comprendió	1	2	3	4
El terapeuta me "dio por mi lado"	4	3	2	1
El terapeuta fue capaz de ayudarme	1	2	3	4
El terapeuta me dedicó tiempo	1	2	3	4
El terapeuta me culpó	4	3	2	1
El terapeuta me dio un buen servicio	1	2	3	4

Después de esta primera entrevista pienso regresar a más sesiones:

Si () ¿Por qué?

No () ¿Por qué?

REFERENCIAS

- Anguera, M. (1983). *Manual de prácticas de observación*. México: Trillas.
- Attkisson, C. (1982). The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Atkinson, D. R., Brady, S. & Casas, J. M. (1981). Sexual preferences similarity, attitude similarity, and perceived counselor credibility and attractiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 504-509
- Bachelor, A. (1995). Client's perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). The therapeutic relationship. En Hubble, M., Duncan, B. y Miller, S. (Eds). *The heart and soul of change: What Works in therapy* (pp. 133-178). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical Review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Barak, A. & LaCrosse, M. B. (1975). Multidimensional perception of counselor behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 471-476.
- Bender, B. G., Ellison, M. C., Gleason, M., Murphy, J. R., Sundstrom, D. A. & Szeffler, S. J. (2003). Minimizing attrition in a long term clinical trial of pediatric asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 91, 168-176.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Eds.) (4th ed.) New York: Wiley.
- Bergin, A. & Lambert, M.(1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S. Garfield & A. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 139-189). New York: Wiley.
- Bergman, J. S. (1985). *Pescando barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona: Paidós.
- Berman, J.S. & Norton, N.C., (1985). Does Professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-407.
- Betz, N. & Shullman, S. (1979). Factors related to client return rate following intake. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 542-545.
- Beutler, L. E. & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. Bristol, PA: Brunner Mazel.
- Beutler, L. E., Machado, P. & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En Bergin, A. & Garfield, S. (Ed.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 229-269). New York: John Wiley and Sons.

- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Quinlan, D. M. & Pilkonis, P. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 162-171.
- Bohart, A. (2000). The client is the most important common factor: Client's self healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 127-149.
- Borghi, J. (1968). Premature termination of psychotherapy and patient-therapist expectations. *American Journal of Psychotherapy, 22*, 460-473.
- Brems, Ch. (1999). *Psychotherapy: Processes and techniques*. MA: Allyn and Bacon.
- Clement, P. (1994). Quantitative evaluation of 26 years of private practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*, 173-176.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-313.
- Cohen, R.J. y Swerdlik, M. E. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw Hill.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 13*, 99-125
- Corrigan, J. D. & Schmidt, L. D. (1983). Development and validation of revisions in the counselor rating form. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 64-75.
- Cowles, M. & Davis, C. (1982). On the origins of the .05 level of statistical significance. *American Psychologist, 37*, 553-558.
- Cross, D. G. & Warren, Ch. E. (1984). Environmental factors associated with continuers and terminators in adult out-patient psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology, 57*, 363-369.
- Crowder, D. A. (2000). Early termination status in adult outpatient psychotherapy: Relationship to interactional variables. *Dissertation Abstracts International, 60*, 8-B : 4212.
- Chiesa, M., Wright, M. & Neeld, R. (2003). A description of an audit cycle of early dropouts from an inpatient psychotherapy unit. *Psychoanalytic Psychotherapy, 17*, 38-149.
- Chisholm, S. (1998). A comparison of the therapeutic alliances of premature terminators versus therapy completers. *Dissertation Abstracts International, 59*, 6-B: 3051.
- Chisholm, S., Crowther, J. & Ben, P. (1997). Selected MMPI-2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 69*, 127-144 (Resumen de PsycINFO 1996-1997)
- Derisley, J. & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 371-382
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage publications.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology, 23*, 207-218.

- DuBrin, J. & Zastowny, T. (1988). Predicting early attrition from psychotherapy: An analysis of a large private-practice cohort. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25, 393-408 (Resumen de PsycINFO).
- Duckro, P., Beal, D. & George, C. (1979). Research on the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: A critical review. *Psychological Bulletin*, 86, 260-275.
- Duehn, W. & Proctor, E. (1977). Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 284-290.
- Duncan, B. (2002). The Legacy of Saul Rosenweig: The profundity of the Dodo Bird. *Journal of psychotherapy integration*, 12, 32-57.
- Duncan, B., Miller, S. & Sparks, J. (2004). *The Heroic Client*. San Francisco: Jossey Bass.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Stotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. & Parloff, M.B. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-983.
- Epperson, D., Bushway, D., & Warman, R. (1983). Client self termination after one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender and counselor experience. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 307-315.
- Ferrari, H. & Marticorena, A. (1971). Psicoterapia de tiempo limitado: estudio sobre deserción. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 17, 273-278.
- Fiester, A. (1977). Clients' perceptions of therapist with high attrition rates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 45, 954-955
- Fleiz, C. (2003). Los servicios de salud mental: ¿Quiénes reciben tratamiento, de qué tipo y cuánto tardan en recibirlo? Exposición oral en el Congreso Mexicano de Psicología. Ciudad de Campeche, México.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (third edition)*. Baltimore: John Hopkins University Press
- Garfield, S. L. (1979). *Psicología clínica: El estudio de la personalidad y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En Bergin, A. & Garfield, S. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed. Pp. 190-228) New York: John Wiley.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B. & Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38, 455-461.
- Goin, M., Yamamoto, J., & Silverman, J. (1965). Therapy congruent with class-linked expectations. *Archives of General Psychiatry*, 13, 133-137.
- Gottman, J. (1994). *What predicts divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Graaf, R., Bijl, R. V., Ravelli, A. & Vollebergh, W. (2000). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology*, 152, 1039-1047.
- Granley, H. (2001). Exploring the reasons clients give for leaving therapy and their relationship to therapy outcome. *Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and engineering*. Oct; Vol 62 (4-B): 2058
- Grantham, R. & Gordon, M. (1986). The nature of preference. *Journal of Counseling and Development*, 64, 396-400.
- Gurman, A.S. (1977). The patient's perceptions of the therapeutic relationship. En A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy* (pp. 503-545). New York: Pergamon.
- Hardin, S., Subich, L., & Holvey, J. (1988). Expectancies for counseling in relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 37-40.
- Hatchett, G. T. & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 226-231.
- Heilburn, A. (1982). Cognitive factors in early counseling termination: Social insight and level of defensiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 29-38.
- Heppner, P. & Claiborn, Ch. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 365-387.
- Heppner, P. P., & Keesacker, M. (1983). Perceived counselor characteristics, client expectations, and client satisfaction with counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 31-39.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación* (2ª edición). México: Mc Graw Hill.
- Hilburger, J. (1995). Stages of change in readiness for rehabilitation services among people with severe and persistent mental illness. *Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and engineering*. 1995 Nov; Vol 56(5-B): 2866
- Hilsenroth, M., Handler, L., Toman, K. & Padawer, J. (1995). Rorschach and MMPI—2 indices of early psychotherapy termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63, 956-965.
- Horenstein, D. & Houston, B. (1976). The expectation-reality discrepancy and premature termination from psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 373-378.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. En Norcross, J. (Ed). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

- Howard, K. I. & Orlinsky, P. E. (1986). Process and outcome. En Garfield, S. & Bergin, A. (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-381). New York: Wiley and Sons.
- Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hunsley, J. Aubry, T., Verstervelt, Ch. & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy*, 36, 380-388.
- Hunt, C. & Andrews, G. (1992). Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 275-278
- Jurado, M. (2002). La utilidad del MMPI-2 en la detección de rechazo al tratamiento psicoterapéutico. *Tesis de maestría en psicología clínica*. No publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, O., Haavaldsen, G., Irion, T., Leirvag, H., Torum, E. & Urnes, O. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17, 243-262. (Resumen de PsycINFO 2003/07).
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th edition). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Keats, D. M. (2000). *Interviewing: A practical guide for students and professionals*. Buckingham, England: Open University Press.
- Keijsers, G., Schaap, C., Hoogduin, C., Hoogsteyns, B. & Kemp, E. (1999). Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive behavior therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 27, 165-179
- Kelly, J.F. & Moos, R. (2003). Dropout from 12-step self-help groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 24, 241-250
- Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del comportamiento* (2^a edición). México: McGraw Hill.
- Kokotovik, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Knox, S. Golbert, J. L., Woodhouse, S. S. & Hill, C. E. (1999). Client's internal representation of their therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 244-256.
- Kramer, E. (1978). *A beginning manual for psychotherapists (second edition)*. New York: Grune & Stratton.
- Krauskopf, C., Baumgardner, A & Mandracchia, S. (1981). Return rate following intake revisited. *Journal of Counseling Psychology*. 28, 519-521.
- Lafferty, P., Beutler, L. & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.
- Laing, R. D., Phillipson, H. y Lee, A. R. (1966). *Percepción interpersonal*. Buenos Aires: Amorrortu

- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. En Norcross, J y Golfried, M. (Eds.) *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94-129). New York: Basic books.
- Lambert, M. y Barley, D. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En Norcross, J. (Ed) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patients* (p. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. E. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. DeJulio, S. S. & Stein, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- Lara-Cantú, M. A. & Suzan-Reed, M. (1988). La escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowe: Un estudio psicométrico. *Salud Mental*, 11, 25-29.
- Lawe, Ch., Horne, A. & Taylor, S. (1983). Effects of pretraining procedures for clients in counseling. *Psychological Reports*. 53, 327-334.
- Lehman, A. K. & Salovey, P. (1990). Psychotherapy orientation and expectation for liked and disliked patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 385-391.
- Lorentzen Gordillo, I. J. (1986). *Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U. N. A. M., durante el primer año de servicio (período comprendido del 1º de agosto de 1981, al 1º de agosto de 1982)*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lorion, R. (1974). Patient and therapist variables in the treatment of low income patients. *Psychological Bulletin*, 81, 344-354.
- Luborsky, L., Auerbach, A. Chandler, M. & Cohen, J. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185
- Luborsky, L., Mintz, J., Auerbach, A., Christoph, P., Bachrach, H., Todd, T., Johnson, M., Cohen, M. & Brien, Ch. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 37, 471-481.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 172, 417-423.
- McCallum, M., Piper, W. E. & Joyce, A. (1992). Dropping out from short term group therapy. *Psychotherapy*, 29, 206-215.
- McNeill, B., May, R & Lee, V. (1987). Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminators. *Journal of Counseling Psychology*. 34, 86-89.
- Meager, I. & Milgrom, J. (1996). Group treatment for postpartum depression: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 852-860

- Medina Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Mennicke, S., Lent, R & Burgoyne, K. (1988). Premature termination from university counseling centers: A review. *Journal of Counseling and Development*, 66, 458-465.
- Miller, S.D., Duncan, B.L. & Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel*. New York: Norton
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.
- Mitchel, M. (1989). The relationship between social network variables and the utilization of mental health services. *Journal of Community Psychology*, 17, 258-266.
- Mohl, P., Martinez, D., Ticknor, Ch., Huang, M. & Cordell, L. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 179, 478-481.
- Morganstern, K. P. (1990). Entrevista conductual. En Bellack, A. S. y Hersen, M. *Manual práctico de evaluación de conducta* (p. 107-138). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Mozgai, A. (1985). Termination of psychotherapy: Potential problems for patient and therapist. *Carrier Foundation letter*, 111: 1-4 (Resumen de PsycINFO 1985-1987)
- Nahoum, Ch. (1961). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Kapeluz
- Napoli, A. R. (1996). Psychological factors related to retention and early departure of two-year community college students. *Dissertation Abstracts International*, 6-B: 4093.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Oei, T. & Kazmierczak, T. (1997). Factors associated with drop out in a group cognitive behavior therapy for mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 35, 1025-1030.
- Ogles, B.M., Anderson, T. & Lunnen, K.M. (1999). The Contribution of Models and Techniques to Therapeutic Efficacy: Contradictions Between Professional Trends and Clinical Research. En Hubble, M., Duncan, B. y Miller, S. *The heart & soul of change: What works in Therapy* (pp. 201-225). Washington: American Psychological Association.
- Overall, B. & Aronson, H. (1963). Expectations of psychotherapy in patients of lower socio-economic class. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 421-430.
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- Pekarik, G. (1983a). Follow up adjustment of outpatient drop outs. *American Journal of Orthopsychiatry*. 53, 501-511.

- Pekarik, G. (1983b). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 909- 913.
- Pekarik, G. (1985a). The effects of employing different termination classification criteria in drop out research. *Psychotherapy*, 22, 87- 91.
- Pekarik, G. (1985b). Coping with drop outs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 114-123.
- Pekarik, G. (1992a). Relationship of clients´ reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 91-98.
- Pekarik, G. (1992b). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs late in treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 379-387.
- Pérez-Gómez, A. (1982). *Psicología clínica: Problemas fundamentales*. México: Trillas.
- Persons, J., Burns, D. & Perloff, J. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive therapy and research*, 12, 557-575.
- Pickus, L. (2000). Attrition from community-based psychotherapy: The roles of social support, attitudes, and self-efficacy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (3-B): 1648
- Pope, B. (1979). *The mental health interview: Research and application*. New York: Pergamon Press.
- Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Ramírez del Corral, M.P. (1996). *Factores institucionales que caracterizan al paciente deprimido que abandona el tratamiento en la consulta especializada*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reis, B. & Brown, L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: maximizing perspective convergence in psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.
- Reyes Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, 81-97.
- Rodolfa, E. R. Rapaport, R. & Lee, V. E. (1983). Variables related to premature termination in a University Counseling Service. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 87-90.
- Rogers, C. (1957/1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 827-832.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. California: Sage publications.
- Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 5-9

- Rosenthal, R. & Rosnow, R. (1984). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis*. New York: Mc Graw Hill.
- Rosnow, R. & Rosenthal, R. (1988). Focused tests of significance and effect size estimation in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 203-208.
- Rosnow, R. & Rosenthal, R. (1993). *Beginning behavioral research*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Rosenthal, R. & Rubin, D. B. (1982). A simple general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology*, 74, 166-169.
- Saucedo, M., Cortés, M., 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*. 20, suppl, 13-18.
- Samstag, L. Batchelder, S., Muran, J., Safran, J. & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 126-143.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, B. R., Shearin, E. Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shapiro, R. (1974). Therapist attitudes and premature termination in family and individual therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 159, 101-107.
- Shapiro, D., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shaw, B. F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., Lowery, A., Sotsky, S. M., Watkins, J. T. & Imber, S. D. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837-846.
- Shea, S. C. (2002). *La entrevista psiquiátrica: El arte de comprender (2ª edición)*. Madrid: Elsevier Science.
- Sledge, W., Moras, K., Hartley, D. & Levine, M. (1990). Effect of time limited psychotherapy on patient drop out rates. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1341-1347.
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (1993). *Foundations of therapeutic interviewing*. Boston: Allyn & Bacon.

- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2003). *Clinical interviewing (Third edition)*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Steenbarger, B. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 111-119.
- Steering Committee (2002). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the division 29 task force. En Norcross, J. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions responsiveness to patients* (pp. 441-443). New York: Oxford University Press.
- Sternberg, R. J. (1988). *Investigar en psicología: Una guía para la elaboración de textos científicos dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Stewart, Ch. J. (1982). *Interviewing: Principles and practices*. Iowa: Brown Company Publishers.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 176-185.
- Stiles, W. B. & Snow, J. S. (1984). Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 3-12.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal on Counseling Psychology*, 15, 215-224.
- Sullivan, H. S. (1970). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique.
- Svettini, A., Gimosti, E., Ferri, S., Russo, A., Ghiringhelli, L., Ferrari, L., Giobbio, G. & Vita, A. (1998). The drop out phenomenon during rehabilitative treatments of psychosis: Predictive factors and strategies of prevention. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 14, 197-206 (Resumen de PsycINFO 1998).
- Tallman, K. & Bohart, A. (1999). The client as a common factor. En Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. *The Heart & soul of change: What works in therapy* (pag. 91-131). Washington: American Psychology Association.
- Tinsley, H. E. A., Workman, K. R. & Kass, R. A. (1980). Factor analysis of the domain of client expectancies about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 561-570.
- Tracey, T. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 784-788.
- Tracey, T y Ray, P. (1984). Stages of successful time-limited counseling: An interactional examination. *Journal of counseling psychology*. 31, 13-27
- Tryon, G. S. (1986). Client and counselor characteristics and engagement in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 471-474.
- Tryon, G. S. (1989). Study of variables related to client engagement using practicum trainees and experienced clinicians. *Psychotherapy*, 26, 54-61.
- Tryon, G. S. (1990). Session depth and smoothness in relation to the concept of engagement in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 248-253.

- Tryon, G. S. (1993). A principal component analysis of the counselor reaction form. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 25*, 162-171.
- Tryon, G. S. (1999). Counseling dropout relative to client attractiveness, disturbance, and expected number of sessions. *Counselling Psychology Quarterly, 12*, 285-291.
- Tryon, G. S. & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 33-36.
- Velazquez, A., Sánchez, J., Lara, M & Santíes, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología, 18*, 316-340.
- Villareal, M. J. (1981). *Fundamentos de entrevista conductual: Revisión teórica*. México: Trillas.
- Vocisano, C., Arnow, B., Blalock, J., Vivian, D., Mander, R., Rush, A., Mccullough, J., Kornstein, S., Klein, D., Rivera, C., Rothbaum, B., Markowitz, J., Kocsis, J., Castonguay, L., Borian, F. & Riso, L. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training, 41*, 255-265.
- Wachowiak, D. & Diaz, S. (1987). Influence of client characteristics on initial counselor perceptions. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 90-92.
- Walitzer, K., Dermen, K. & Connors, G. (1999). Strategies for preparing clients for treatment: A review. *Behavior Modification, 23*, 129-151.
- Wampold, B., Mondin, G., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin, 122*, 203-215.
- Weinberger, J. & Eig, A. (1999). Expectancies: The ignored common factor in psychotherapy. En I. Kirsch (Ed). *How expectancies shape experience* (pp. 357-382). Washington: American Psychological Association.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy drop out. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 190-195.
- Wishnick, H. (2001). Demographic and psychosocial correlates of entry into the public sector mental health system. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62*, (5-B): 2509 (Resumen de PsycINFO 2002/01-2002/07)
- Wright, J. (2001). Application of the transtheoretical model to reduce dropout from outpatient psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The-Sciences-and-Engineering, 61*(9-B): 5014
- Zamostny, K., Corrigan, J, & Eggert, M. (1981). Replication and extension of social influence processes in counseling: A field study. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 481-489.

APÉNDICE 1:

Creación de Dos Escalas

Enseguida se describe el proceso de construcción de dos escalas. Ambas fueron construidas como una propuesta inicial de medición de la percepción del paciente y el terapeuta con la visión de estudiar la asistencia de los pacientes a las sesiones. Cada una se presenta por separado.

Escala de Percepción de Agrado del Paciente hacia el Terapeuta

Se tomó la decisión de construir una escala para medir la percepción de agrado del paciente debido a que no se encontró un instrumento confiable para medir esta variable en México. Además, los instrumentos norteamericanos, aunque tienen confiabilidad aceptable, no han sido construidos con la finalidad de estudiar la inasistencia (Barak y LaCrosse, 1975; Stiles y Show, 1984) o bien no definen lo que dicen que miden (Tryon, 1989) y adicionalmente, cuando se les ha aplicado no han ayudado a distinguir qué pacientes dejarán de asistir (Zamostny et al. 1981).

Mientras que en la literatura se encuentra evidencia de las dimensiones de la relación terapéutica que se relacionan con el éxito del tratamiento (Hubble et al. 1999; Norcross, 2002), existe menos investigación acerca de las dimensiones que se relacionan con la asistencia de los pacientes a las sesiones. Sin embargo, de acuerdo con la revisión de Garfield (1994) parece ser que una dimensión importante de la relación que se asocia con la asistencia es la percepción del paciente hacia el terapeuta. Por esa razón, es necesario construir una escala para medir la percepción del paciente, específicamente, la percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta que presumiblemente se relaciona con la asistencia a terapia.

Objetivo Específico

Construir una escala para medir la percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta.

Sujetos

Una muestra de 41 sujetos que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” para solicitar atención psicológica.

Del total de 41 sujetos (29 de sexo femenino y 12 del sexo masculino), 22 eran estudiantes, 16 trabajaban, dos se dedicaban a labores del hogar y uno era desempleado. La media de edad fue de 27.19 en un rango de 18 a 52. Con respecto a la escolaridad, 29 sujetos tenían estudios de licenciatura, nueve de preparatoria y tres de secundaria.

Procedimiento

Para la construcción de la escala primero se revisó la literatura sobre las dimensiones que conforman la relación paciente terapeuta. Luego, con base en la revisión se eligió la variable “percepción del paciente”, específicamente en la dimensión “percepción de agrado”. Enseguida se elaboraron los reactivos con sus respectivas opciones de respuesta. Una vez conformada la escala, se sometió a revisión con la finalidad de modificar la redacción y mejorar la calidad de los reactivos. Posteriormente se inició la aplicación con una muestra de pacientes que acudieron a entrevistas de primera vez. Cuando finalizó la entrevista con el terapeuta se solicitó al paciente que respondiera la escala; al terminar se le agradecía su participación. Una vez completadas las escalas se procedió a elaborar la base de datos en el programa estadístico de cómputo SPSS versión 10.

Definición y Creación de Reactivos

Como primer paso se revisó la literatura sobre la relación psicoterapéutica y los resultados del tratamiento psicológico (Beutler, 1990; Gurman, 1977; Hubble et al. 1999; Norcross, 2002). Con base en la literatura centrada en el abandono del tratamiento (Fiestler, 1977; Garfield, 1994; McNeill, Lee, y May, 1987; Mohl, Martinez, Ticknor, Huang y Cordell, 1991; Tryon, 1986, 1999) se concluyó que la percepción del paciente juega un papel determinante después de la primera sesión para que el paciente vuelva a asistir o abandone.

Posteriormente, se propuso una definición de la percepción de agrado del paciente hacia el terapeuta: “Es la evaluación que hace el paciente sobre su terapeuta al final de la primera entrevista con respecto a sentirse a gusto con él y su desempeño y de que sus necesidades han sido cubiertas”.

Enseguida se elaboraron 14 reactivos con seis opciones de respuesta, de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se propuso un pequeño número de reactivos por la siguiente razón. Con base en la experiencia personal aplicando escalas a los pacientes se ha encontrado que éstos prefieren no contestar escalas o bien evitan contestar escalas que son de varias hojas. Esto coincide con las observaciones hechas por Tryon (1986, 1989) quien reporta que en el estudio de la inasistencia ha recurrido a escalas breves para evitar este problema. Se propusieron seis opciones de respuesta con la finalidad de ayudar a aumentar la variabilidad lo cual es adecuado en un instrumento de medición (DeVellis, 1991). Se escribieron reactivos en ambas direcciones (positivos y negativos) con la finalidad de disminuir la *aquiescencia* (DeVellis, 1991). En la calificación de la escala, una vez invertidos los reactivos para lograr la misma direccionalidad, los puntajes altos indicarían mayor percepción de agrado y los puntajes bajos, menor percepción de agrado.

La escala propuesta se mostró a una psicóloga con varios años de experiencia en psicoterapia con enfoque cognitivo conductual y a algunos pacientes que no formaron parte de la muestra con la finalidad de mejorar la redacción de los reactivos y la posibilidad de hacerles algunas modificaciones. Los reactivos pueden verse en la Tabla 37.

Tabla 37. Reactivos para la escala de Percepción de Agrado del Paciente hacia el Terapeuta

-
1. En la entrevista hablamos de cosas importantes para mí
 2. El terapeuta parece ser un experto en su profesión
 3. El terapeuta me hizo sentir mal
 4. El terapeuta me inspiró confianza
 5. Estoy insatisfecho con esta entrevista
 6. Me cayó bien el terapeuta
 7. El terapeuta fue irrespetuoso conmigo
 8. El terapeuta se comportó amigable conmigo
 9. Me sentí comprendido por el terapeuta
 10. Siento que le caí bien al terapeuta
 11. El terapeuta es una persona desagradable
 12. Yo no recomendaría este terapeuta a un amigo
 13. Me gustaría volver a ver al terapeuta
 14. Siento que el terapeuta no creyó lo que le platicué
-

Aplicación de la Escala

Una vez conformada la escala se iniciaron las aplicaciones. En este sentido, se eligieron pacientes que asistieron al Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila para solicitar ayuda psicológica y que tendrían su entrevista de primera vez en el servicio de Medicina Conductual. La aplicación se llevó a cabo en un periodo en el que se realizaron varias entrevistas de primera vez; cuando éste finalizó, se completó una muestra de 41 pacientes (41 escalas aplicadas).

Se tuvo cuidado de que los pacientes contestaran todas y cada una de las preguntas. Cuando se dejaba algún reactivo sin contestar, se le señalaba al paciente y ocurría alguna de las siguientes opciones: el paciente contestaba “no sé qué responder en esa pregunta”, “no le entiendo” o bien hacían observaciones de que ese reactivo no aplicaba

para su caso. Ante este evento, una vez que se retiraba el paciente se escribió en la hoja de la escala el comentario expresado por el paciente.

Resultados

Análisis de Frecuencias y Sesgo

Se empezaron a vaciar las respuestas de los pacientes en una base de datos en el paquete estadístico de cómputo para las Ciencias Sociales (SPSS versión 10 para Windows). Después de vaciar los datos, dado que había reactivos mezclados en su direccionalidad, se procedió a invertirlos para que todos estuvieran en la misma dirección antes de hacer los análisis estadísticos. Al hacer un análisis de frecuencias de las respuestas de los sujetos se encontró que no todas las opciones de respuesta fueron atractivas para los sujetos. Con el sesgo se identificó la manera en que tendían a contestar los pacientes en los reactivos; como se esperaba, los sesgos fueron negativos lo cual indica que los pacientes tendieron a evaluar a los terapeutas de forma favorable.

Obtención de Cuartiles

En el paso siguiente, se dividió al puntaje total de la escala en cuartiles para separar al grupo con puntaje más alto del grupo con puntaje más bajo. Como resultado, el cuartil del grupo bajo estuvo en el puntaje de 52 a 53; el cuartil del grupo alto tuvo puntajes de 82 a 84.

Direccionalidad

Por medio de tablas de contingencia se identificó la direccionalidad de los reactivos, es decir, el grado en que se cargaban las respuestas hacia “totalmente de acuerdo” o “totalmente en desacuerdo” en cada uno de los dos grupos (el alto y el bajo que se obtuvieron en los cuartiles). Como resultado, los reactivos con direccionalidad adecuada se muestran en la tabla 38.

Prueba t

Mediante la prueba t de grupos independientes se identificaron los reactivos que discriminan entre los grupos de puntaje alto y bajo. La decisión se tomó considerando un $\alpha < 0.05$ para conservar el reactivo. Los reactivos elegidos se muestran en la tabla 38.

Evaluación Preliminar de los Reactivos

Para sintetizar los análisis hechos hasta ahora, se elaboró la tabla 38 para representar a los reactivos con respecto a frecuencias, direccionalidad y discriminación

Tabla 38. Frecuencias, direccionalidad y discriminación de los reactivos

Reactivo	Frecuencias: ¿Todas las opciones de respuesta fueron elegidas/attractivas?	Direccionalidad ¿El reactivo mide en la dirección adecuada?	Discriminación ¿El reactivo distingue entre el grupo alto y bajo?
1. En la entrevista hablamos de cosas importantes para mí	X	X	√
2. El terapeuta parece ser un experto en su profesión	X	√	√
3. El terapeuta me hizo sentir mal	X	X	√
4. El terapeuta me inspiró confianza	X	X	√
5. Estoy insatisfecho con esta entrevista	X	√	√
6. Me cayó bien el terapeuta	X	X	√
7. El terapeuta fue irrespetuoso conmigo	X	X	X
8. El terapeuta se comportó amigable conmigo	X	X	√
9. Me sentí comprendido por el terapeuta	X	X	√
10. Siento que le caí bien al terapeuta	X	√	√
11. El terapeuta es una persona desagradable	X	X	X
12. Yo no recomendaría este terapeuta a un amigo	X	X	√
13. Me gustaría volver a ver al terapeuta	X	X	√
14. Siento que el terapeuta no creyó lo que le platiqué	X	X	√

√ = Si, X = No

Consistencia Interna

Con los reactivos que discriminan (según resultados de la prueba *t*) se obtuvo la consistencia interna de la escala. Junto con éste análisis se observó en la “correlación ítem-total” qué reactivos podrían aumentar el α a través de su eliminación. El resultado fue un $\alpha = 0.8216$ y el reactivo cuya eliminación aumentó el α a 0.8670 fue el cinco.

En síntesis, como producto de los análisis se eliminaron los reactivos 5, 7 y 11. Los 11 reactivos elegidos para pertenecer a la escala se muestran en la Tabla 39; aparecen con una nueva numeración en orden progresivo y su consistencia interna medida con el α de Cronbach fue de .86.

Tabla 39. Reactivos elegidos como producto de los análisis estadísticos para la Escala de Percepción de Agrado del Paciente hacia el Terapeuta

-
1. En la entrevista hablamos de cosas importantes para mí
 2. El terapeuta parece ser un experto en su profesión
 3. El terapeuta me hizo sentir mal
 4. El terapeuta me inspiró confianza
 5. Me cayó bien el terapeuta
 6. El terapeuta se comportó amigable conmigo
 7. Me sentí comprendido por el terapeuta
 8. Siento que le caí bien al terapeuta
 9. Yo no recomendaría este terapeuta a un amigo
 10. Me gustaría volver a ver al terapeuta
 11. Siento que el terapeuta no creyó lo que le platicué
-

Discusión

Se inició la construcción de una escala para medir una dimensión de la relación terapéutica: la Escala de Percepción de Agrado del Paciente hacia el Terapeuta. La

psicoterapia es posible dentro de un marco de relación terapéutica y dicha dimensión no debe ser ignorada como lo señala la División 29 de la *American Psychological Association*: La relación terapéutica contribuye de manera sustancial y consistente para el resultado de la psicoterapia independientemente del tipo específico de tratamiento (Steering Committee, 2002).

Su construcción tuvo como base distintos estudios sobre la relación terapéutica (Fiestler, 1977; Garfield, 1994; McNeill et al. 1987; Mohl et al. 1991; Tryon, 1986, 1999). El hecho de que la escala sea breve constituye una de sus ventajas de acuerdo con las observaciones de Tryon (1986, 1989) acerca de la preferencia de los pacientes por evitar escalas demasiado grandes.

Destacaron algunas deficiencias de la escala. Por ejemplo, fue notable que no todas las opciones de respuesta fueron elegidas por los sujetos ante casi todos los reactivos. Esto indica que las seis opciones de respuesta podrían reducirse a cuatro o menos. Otra limitación de la escala es que, aunque los reactivos lograron discriminar en su mayoría a los grupos de puntaje alto en comparación a los de puntaje bajo, la direccionalidad de dicha discriminación se presentó en una frecuencia muy baja. Eso indica la necesidad de reformular los reactivos o bien crear otros que permitan la discriminación con la direccionalidad adecuada.

Puede esperarse de forma hipotética, que la escala sea útil para aplicarse al finalizar la primera entrevista para explorar la percepción que el paciente se formó del terapeuta. Esto es, la escala puede ser el inicio de una aportación para el estudio de la relación terapéutica en México y su confiabilidad ($\alpha = .86$) es aceptable.

Un componente importante de la construcción es que la escala no fue aplicada por los terapeutas sino por una tercera persona. Eso disminuye el posible efecto de la deseabilidad social que pudo estar presente durante las aplicaciones. Sin embargo, debido a que su aplicación con los pacientes se llevó a cabo por parte de un estudiante de doctorado, es decir, el terapeuta no aplicó la escala, se desconoce si las respuestas de los pacientes estuvieron influidas o no por la ausencia del terapeuta. Esto es una limitación porque no se sabe, a partir de este estudio, si la escala funcione de igual forma al ser aplicada por terapeutas.

Escala de Percepción de Agrado del Terapeuta hacia el Paciente

La psicoterapia incluye como componente imprescindible aspectos de la relación paciente terapeuta. La importancia de esta variable se ve reflejada en las recomendaciones de la División 29 de la *American Psychological Association* al señalar que la investigación en psicoterapia debe incluir factores de la relación paciente terapeuta (*Steering Committee*, 2002). La percepción que el terapeuta se forma del paciente es uno de los componentes de la relación y no se sabe de una escala confiable para medir esta variable en México. Por ese motivo, se tomó la decisión de construir una escala para medir la percepción de agrado del terapeuta hacia el paciente.

Objetivo Específico

Construir una escala para medir la percepción de agrado del terapeuta hacia el paciente.

Sujetos

Participaron 15 terapeutas (13 de sexo femenino y dos de sexo masculino). La edad promedio fue de 24.6 en un rango de 21 a 30 años. Ocho terapeutas pertenecían a nivel de licenciatura y siete a nivel de maestría en medicina conductual. El enfoque de trabajo de los terapeutas fue Cognitivo Conductual.

Procedimiento

Definición y Creación de Reactivos

En primer término se revisó la literatura sobre las distintas variables del terapeuta que se relacionan con el resultado del tratamiento (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994; Lafferty, Beutler y Crago, 1989; Luborsky, Chandler, Auerbach y Cohen, 1971; Shaw et al. 1999; Vocisano et al. 2004). Es de esperarse que, para que un tratamiento resulte benéfico se necesita que el paciente no deje de asistir a sus citas. En lo que respecta a la relación paciente-terapeuta y la asistencia se encontraron estudios (Epperson et al. 1983; Krauskopf, Baumgardner y Mandracchia, 1981; Norcross, 2002; Tryon, 1986, 1989, 1990,

1999; Wachowiak y Diaz, 1987) que se emplearon como antecedente para justificar la importancia de medir la variable “percepción de agrado del terapeuta hacia el paciente” por el papel que puede jugar para que abandone o regrese. En consecuencia, la definición de percepción de agrado del terapeuta hacia el paciente quedó como “la evaluación que hace el terapeuta sobre el paciente al final de la primera entrevista en términos de sentirse a gusto con él y sensación de haber realizado una buena entrevista”.

Enseguida se propusieron reactivos con seis opciones de respuesta (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo) para medir la percepción del terapeuta hacia el paciente. Se establecieron seis opciones de respuesta como una forma facilitar la variabilidad de la escala y se redactaron reactivos positivos y negativos para evitar la *aquiescencia* (DeVellis, 1991). En la calificación de la escala, una vez invertidos los reactivos para lograr misma direccionalidad, los puntajes altos indicarían mayor percepción de agrado y los puntajes bajos menor percepción de agrado. Los reactivos se mostraron a una psicóloga con varios años de experiencia en psicoterapia con enfoque cognitivo conductual. La escala modificada para aplicarse se muestra en la tabla 40.

Tabla 40. Reactivos para la Escala de Percepción de Agrado del Terapeuta hacia el Paciente

-
1. Considero que el paciente está motivado para recibir terapia
 2. El paciente parece ser una “persona difícil”
 3. Estoy insatisfecho con la entrevista que hice al paciente
 4. Me gustaría volver a ver al paciente
 5. El paciente parece ser una persona desagradable
 6. Siento que en la entrevista hablamos de cosas importantes para el paciente
 7. Pienso que le caí bien al paciente
 8. Considero que el paciente sí necesita psicoterapia
 9. Siento que comprendí al paciente
 10. Me cayó mal el paciente
 11. Pienso que al paciente le gustaría volverme a ver
 12. El paciente tiene metas claras de lo que quiere lograr con la terapia
-

Aplicación de la Escala

Con la escala conformada se pidió autorización en el Servicio de Medicina Conductual del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” para que los terapeutas pudieran participar contestando el instrumento. Una vez logrado el permiso, se procedió de la siguiente forma. Se monitoreó el día y el horario en que los terapeutas atenderían a pacientes de primera vez. Después de que cada terapeuta realizó la entrevista a su paciente, una vez que se despidieron, se aplicó al terapeuta la escala y se le agradeció su participación. Así se trabajó hasta terminar el periodo de entrevistas de primera vez. En total se aplicaron 41 escalas a los terapeutas.

En la mayoría de los casos los terapeutas contestaron toda la escala. Cuando no fue así, se les señalaba que faltó algún reactivo por contestar y lo respondían finalmente.

Resultados

Análisis de Frecuencias y Sesgo

Después de tener las escalas contestadas, las respuestas se vaciaron en una base de datos utilizando el programa estadístico de computo para las ciencias sociales “SPSS” versión 10.

Debido a que había reactivos mezclados en su direccionalidad se procedió a invertirlos para obtener una misma dirección antes de hacer los análisis. Con el sesgo se identificó la manera en que tendían a contestar los terapeutas en los reactivos; como se esperaba, la mayoría de los sesgos fueron negativos, es decir, la tendencia de los terapeutas fue percibir de manera favorable a los pacientes.

Obtención de Cuartiles

Con los cuartiles se identificó, con respecto a los totales de la escala, el grupo más alto y más bajo. Estos puntajes fueron los siguientes: cuartil del grupo bajo de 45 a 57, puntajes del cuartil del grupo alto de 63.5 a 71

Direccionalidad

Por medio de tablas de contingencia se identificó la direccionalidad de los reactivos, es decir, el grado en que se cargaban las respuestas hacia “totalmente de acuerdo” o “totalmente en desacuerdo” en cada uno de los dos grupos, el alto y el bajo que se obtuvieron en los cuartiles.

Como resultado, los reactivos con direccionalidad adecuada fueron los siguientes: 2, 6, 7, 11 y 12.

Prueba t

Mediante la prueba t de grupos independientes se identificaron los reactivos que discriminan entre los grupos de puntaje alto y bajo. La decisión se tomó considerando un $\alpha < 0.05$ para conservar el reactivo. Los reactivos elegidos fueron: 1,2,3,5,6,7,9,10,11,12, (tabla 41).

Tabla 41. Frecuencias, direccionalidad y discriminación de los reactivos

Reactivo	Frecuencias: ¿Todas las opciones de respuesta fueron elegidas/attractiva s?	Direccionalidad ¿El reactivo mide en la dirección adecuada?	Discriminación ¿El reactivo distingue entre el grupo alto y bajo?
1. Considero que el paciente está motivado para recibir terapia	X	X	√
2. El paciente parece ser una "persona difícil"	X	√	√
3. Estoy insatisfecho con la entrevista que hice al paciente	X	X	√
4. Me gustaría volver a ver al paciente	X	X	X
5. El paciente parece ser una persona desagradable	X	X	√
6. Siento que en la entrevista hablamos de cosas importantes para el paciente	X	√	√
7. Pienso que le caí bien al paciente	X	√	√
8. Considero que el paciente sí necesita psicoterapia	X	X	X
9. Siento que comprendí al paciente	X	X	√
10. Me cayó mal el paciente	X	X	√
11. Pienso que al paciente le gustaría volverme a ver	X	√	√
12. El paciente tiene metas claras de lo que quiere lograr con la terapia	√	√	√

√ = Sí, X = No

Consistencia Interna

Con los reactivos que discriminan se obtuvo la consistencia interna de la escala. Junto con éste análisis se observó en la “correlación ítem-total” qué reactivos podrían aumentar el alfa a través de su eliminación. El resultado fue un $\alpha = 0.7963$ y el reactivo cuya eliminación aumentaba el alpha a 0.8482 fue el tres. Una vez que se eliminó este reactivo, se calculó nuevamente la consistencia interna con los 9 reactivos que conformaron la escala. El resultado fue un alpha de 0.8482. Los reactivos que se mantuvieron para conformar la escala fueron 9 y se muestran en la tabla 42.

Tabla 42. Reactivos elegidos como producto de los análisis estadísticos para la

Escala de Percepción de Agrado del Terapeuta hacia el Paciente

1. Considero que el paciente está motivado para recibir terapia
 2. El paciente parece ser una “persona difícil”
 3. El paciente parece ser una persona desagradable
 4. Siento que en la entrevista hablamos de cosas importantes para el paciente
 5. Pienso que le caí bien al paciente
 6. Siento que comprendí al paciente
 7. Me cayó mal el paciente
 8. Pienso que al paciente le gustaría volverme a ver
 9. El paciente tiene metas claras de lo que quiere lograr con la terapia
-

Discusión

Se inició la construcción de la “Escala de Percepción de Agrado del Terapeuta hacia el Paciente”. La escala quedó conformada por 9 reactivos con una confiabilidad de .84.

Como se esperaba, la escala presentó un sesgo predominantemente negativo lo cual indica que los terapeutas tienden a percibir de manera favorable a los pacientes. Dado que la escala alcanzó cierta confiabilidad, valdría la pena continuar su estudio hasta abarcar a una población de mayor tamaño. Finalmente, un uso importante será el de emplearla como una forma de discriminar a los pacientes que regresan a las sesiones después de la primera entrevista.

Una deficiencia de la escala fue que, aunque los reactivos lograron discriminar en su mayoría a los grupos de puntaje alto en comparación a los de puntaje bajo, la direccionalidad de dicha discriminación se presentó en una frecuencia muy baja. Eso indica la necesidad de reformular los reactivos o bien crear otros que permitan la discriminación con la direccionalidad adecuada.

APÉNDICE 2.

ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HACIA EL TERAPEUTA

Justificación

Una de las variables que puede relacionarse con el regreso del paciente después de la primera entrevista con el terapeuta es la de “percepción del paciente”. En este sentido, existe evidencia en otros países, de acuerdo con lo que se expuso en la revisión de la literatura, de que cuando el paciente percibe características positivas en su terapeuta la probabilidad de regresar a dos o más sesiones es mayor que cuando se percibieron características negativas. De manera que la medición de la percepción del paciente hacia su terapeuta podría permitir diferenciar pacientes que regresarán y no regresarán a sesiones subsecuentes, al menos a nivel de hipótesis.

Existen distintas escalas que se han empleado fuera de México para medir la impresión generada en el paciente al finalizar la primera sesión (Barak & LaCrosse, 1975; Heppner & Heesacker, 1983; Stiles, 1980; Tryon, 1989, 1993). La mayoría tienen una confiabilidad adecuada y la denominada “Counselor Rating Form” ha sido utilizada con mayor frecuencia en comparación con otras escalas (Atkinson, Brady & Casas, 1981; Corrigan & Schmidt, 1983; Wachowiak & Diaz, 1987). Sin embargo, el uso de pruebas de otros países puede representar el inconveniente que implica la variabilidad cultural y cambios de significados. Como consecuencia, y dado que no se encontró que en México existiera algún instrumento para medir la percepción del paciente, se decidió construir uno para la presente investigación.

Delimitación Conceptual del Constructo “Percepción”

El término “percepción del paciente” se usa en psicoterapia con cierta frecuencia para referirse a la forma en que el paciente ve al terapeuta. Este término es importante porque la percepción del paciente es determinante en la relación terapéutica. Citando al terapeuta

Carl Rogers (1961): "Vale la pena notar que la forma en que el paciente percibe las actitudes y procedimientos de su terapeuta harán la diferencia en el cliente, y que es esta percepción la que es crucial" (p. 44).

Es posible preguntarse si es mejor evaluar las conductas que se presentan en la interacción paciente terapeuta por medio de jueces para lograr mayor objetividad, en lugar de medir la percepción del paciente. En este sentido, no existe evidencia de que la evaluación por medio de la observación por jueces sea mejor que el autoinforme de los pacientes. En otras palabras, las percepciones de los pacientes no pueden ser explicadas por las conductas verbales y no verbales que presenta un terapeuta (observada por jueces) y constantemente existe desacuerdo entre la percepción del paciente y la percepción de los jueces (Lee, Uhlemann y Haase, 1985; Pronin, Gilovich, & Ross, 2004). De esto se sigue que la percepción del paciente sobre su terapeuta podría tener mayor importancia y no la percepción de los jueces; esto es lo que se afirma en la frase "la belleza está en el ojo del observador".

En esta investigación se decidió utilizar el modelo de "influencia social en psicoterapia" el cual fue propuesto por Stanley Strong en 1968 y propone que la relación terapéutica está determinada por: a) la percepción de que el terapeuta es experto, b) la percepción de que el terapeuta es digno de confianza y c) la percepción de que el terapeuta es agradable. Este modelo dio lugar a la creación de una escala para medir si el terapeuta es percibido como experto, confiable y agradable (Barak y LaCrosse, 1975; Corrigan y Schmidt, 1983), investigaciones sobre el proceso de cambio en psicoterapia (Strong y Matross, 1973), la influencia social y resultado del tratamiento (Grimes y Murdock, 1989), la influencia social con respecto a la asistencia a las sesiones (Grimes y Murdock, 1989; Zamostny, Corrigan y Eggert, 1981) y la relación entre las percepciones de los pacientes a diferencia de la de los terapeutas y jueces externos (Lee, Uhlemann, Haase, 1985). Este modelo fue elegido por varias razones: enfatiza la importancia de la relación terapéutica, ha sido usado en otras investigaciones sobre psicoterapia, considera el papel del terapeuta como experto y tiene definiciones claras.

¿Qué quiero medir?

Se busca medir la “percepción del paciente hacia el terapeuta” de acuerdo con las definiciones de Strong (1968). Este autor divide a la percepción del paciente en tres dimensiones que se definen enseguida:

- 1) Experto: la creencia del paciente de que el terapeuta posee información y medios para interpretar información lo cual permitirá al paciente obtener conclusiones válidas y manejar de forma efectiva sus problemas.
- 2) Agradable: los sentimientos positivos del paciente hacia el terapeuta, agrado y admiración por él y deseo de su aprobación.
- 3) Confiable: la creencia que se tiene acerca de que el terapeuta es sincero, abierto y no tiene motivos para ganancias personales.

¿En quién quiero medir?

En los sujetos que buscaron servicio psicológico que tuvieron una primera entrevista con el propósito de iniciar un tratamiento.

¿Para qué quiero medir?

Para detectar en la primera entrevista a los pacientes desertores.

Construcción de Reactivos

Para construir los reactivos se inició por conocer el punto de vista de los pacientes con respecto a las características que perciben en sus terapeutas en la primera entrevista. La detección de dichas características se llevó a cabo en un estudio anterior titulado “expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o

más sesiones de terapia”; dicho estudio se presentó en todo detalle anteriormente en esta tesis.

La pregunta que se realizó a los sujetos fue “¿qué características tenía su terapeuta” y las respuestas que dieron (98 adjetivos) se emplearon para la construcción de los reactivos con formato de respuesta dicotómica con las opciones “sí”, “no”.

Sujetos en quienes se aplicaron los reactivos

La escala de 98 reactivos se aplicó a 245 estudiantes de psicología que alguna vez fueron a psicoterapia individual. La razón de elegir esta muestra fue que es más fácil que los alumnos de psicología tengan mayor probabilidad de asistir a un psicólogo, a diferencia de los alumnos de otras carreras. En consecuencia, esto permitió captar al mayor número de sujetos posibles. El promedio de edad fue de 26 años, $DE = 9.75$, la edad mínima fue de 17 años y la máxima de 65. Con respecto del sexo, participaron 49 sujetos de sexo masculino y 196 de sexo femenino. Sobre el estado civil, 216 eran solteros y 30 casados.

Análisis estadístico de los reactivos y jueceo de los mismos

Participaron como jueces 7 estudiantes de sexo femenino de doctorado en psicología. Su edad promedio fue de 32.4 años, la edad mínima y máxima fueron 25 y 40 respectivamente. Los enfoques de formación en los que refirieron tener mayor conocimiento fueron: psicodinámico (1 persona), cognitivo conductual (3 personas), sistémico (2 personas) y social (1 persona). Los 98 reactivos se presentaron a los jueces y se les pidió que clasificaran a cada uno según correspondiera en alguna de las siguientes tres dimensiones propuestas por Strong (1968):

- Continuum de Experto – Inexperto:

Experto: La creencia del paciente de que el terapeuta posee información y medios para interpretar información lo cual permitirá al paciente obtener conclusiones válidas y manejar de forma efectiva sus problemas.

Inexperto: La creencia del paciente de que el terapeuta No posee información ni medios para interpretar información lo cual permitiría al paciente obtener conclusiones válidas y manejar de forma efectiva sus problemas.

- **Continuum Agradable – Desagradable**

Agradable: Los sentimientos positivos del paciente hacia el terapeuta, agrado y admiración por él y deseo de su aprobación

Desagradable: Los sentimientos negativos del paciente hacia el terapeuta, desagrado y desprecio hacia él.

- **Continuum Confiable – Desconfiable**

Confiable: La creencia que se tiene acerca de que el terapeuta es sincero, abierto y no tiene motivos para ganancias personales.

Desconfiable: La creencia que se tiene acerca de que el terapeuta No es sincero ni abierto y que tiene motivos para ganancias personales.

Se conservaron los reactivos que pudieran discriminar en un 85%, es decir, que pudieran distinguir a 15 de cada 100 sujetos y que hayan alcanzado acuerdos entre los jueces que fueran mayores al 50% con respecto de cuál de las tres dimensiones mide el reactivo (experto, agradable o confiable). Cabe señalar que para el caso de la dimensión llamada “Confiable-Desconfiable” se eligió el siguiente criterio para conservar reactivos: aquellos que pudieran discriminar hasta en un 92%, es decir, poder distinguir a 8 de cada 100 sujetos. La razón de usar un criterio más flexible fue mantener reactivos que midieran la dimensión de “confiable” la cual es relevante desde el punto de vista teórico en el momento de realizar la primera entrevista con los sujetos. Los reactivos elegidos como resultado se muestran en la tabla 43.

Tabla 43. Frecuencias, elección de reactivos y área que miden.

Reactivo	Opciones de respuestas	Frecuencia	%	¿Se eligió el reactivo?	¿Qué área mide?
Amable	Si	227	92.3	No	Agradable - desagradable
	No	19	7.7		
Confiable	Si	223	90.7	Si.	Confiable - desconfiable
	No	23	9.3		
Agresivo	Si	20	8.1	No	Confiable- desconfiable
	No	226	91.9		
Inteligente	Si	218	88.6	Si	Experto - inexperto
	No	28	11.4		
Interesado	Si	188	76.4	Si	Confiable - desconfiable
	No	58	23.6		
Respetuoso	Si	230	93.5	No	Agradable - desagradable
	No	16	6.5		
Profesional	Si	215	87.4	Si.	Experto - inexperto
	No	31	12.6		
Rígido	Si	88	35.8	Si	Experto - inexperto
	No	158	64.2		
Amigable	Si	214	87	Si	Agradable - desagradable
	No	32	13		
Ofensivo	Si	15	6.1	Si	Agradable – desagradable
	No	231	93.9		
Simpático	Si	194	78.9	Si	Agradable – desagradable
	No	52	21.1		
Paciente	Si	121	86.2	No	Sin acuerdo
	No	34	13.8		
Comprensivo	Si	218	88.6	Si	Confiable- desconfiable
	No	28	11.4		
Empático	Si	190	77.2	Si	Agradable - desagradable
	No	56	22.8		
Presentable	Si	227	92.3	No	Agradable – desagradable
	No	19	7.7		
Oyente	Si	228	92.7	No	Experto - inexperto
	No	18	7.3		
Seguro	Si	228	92.7	No	Experto - inexperto
	No	18	7.3		
Impuntual	Si	38	15.4	Si	Agradable - desagradable
	No	208	84.6		

Tabla 43. Frecuencias, elección de reactivos y área que miden (*continuación*).

Reactivo	Opciones de respuestas	Frecuencia	%	¿Se eligió el reactivo?	¿Qué área mide?	
Intuitivo	Si	179	72.8	Si	Experto	-
	No	67	27.2			
Audaz	Si	162	65.9	Si	Experto	-
	No	84	34.1			
Consejero	Si	150	61	Si	Experto	-
	No	96	39			
Objetivo	Si	213	86.6	No	Experto	-
	No	33	13.4			
Descuidado	Si	30	12.2	No	Agradable	-
	No	216	87.8			
Íntegro	Si	220	89.4	No	Confiable-	-
	No	26	10.6			
Preciso	Si	198	80.5	Si	Experto	-
	No	48	19.5			
Preparado	Si	215	87.4	No	Experto	-
	No	31	12.6			
Nervioso	Si	23	9.3	No	Agradable	-
	No	223	90.7			
Interesante	Si	193	78.5	Si	Agradable	-
	No	53	21.5			
Ameno	Si	187	76	Si	Agradable	-
	No	59	24			
Impulsivo	Si	23	9.3	No	Confiable-	-
	No	223	90.7			
Capaz	Si	213	86.6	No	Experto	-
	No	33	13.4			
Fino	Si	203	82.5	Si	Agradable	-
	No	43	17.5			
Esmerado	Si	201	81.7	Si	Experto	-
	No	45	18.3			
Hábil	Si	204	82.9	Si	Experto	-
	No	42	17.1			
Orientador	Si	194	78.9	Si	Experto	-
	No	52	21.1			
Tierno	Si	122	49.6	Si	Agradable	-
	No	124	50.4			

Tabla 43. Frecuencias, elección de reactivos y área que miden (*continuación*).

Reactivo	Opciones de respuestas	Frecuencia	%	¿Se eligió el reactivo?	¿Qué área mide?	
Analítico	Si	203	82.5	Si	Experto	-
	No	43	17.5			
Grosero	Si	22	8.9	No	Agradable	-
	No	224	91.1			
Claro	Si	198	80.5	Si	Experto	-
	No	48	19.5			
Ético	Si	224	91.1	No	Experto	-
	No	22	8.9			
Dispuesto	Si	225	91.5	Si	Confiable	-
	No	21	8.5			
Dinámico	Si	187	76	Si	Experto	-
	No	59	24			
Abierto	Si	214	87	No	Confiable	-
	No	32	13			
Concreto	Si	192	78	Si	Experto	-
	No	54	22			
Caro	Si	81	32.9	Si	Experto	-
	No	165	67.1			
Honesto	Si	225	91.5	Si	Confiable	-
	No	21	8.5			
Razonable	Si	215	87.4	Si	Confiable	-
	No	31	12.6			
Juzgón	Si	34	13.8	No	Agradable	-
	No	212	86.2			
Atento	Si	224	91.1	No	Agradable	-
	No	22	8.9			
Enojón	Si	20	8.1	No	Agradable	-
	No	226	91.9			
Sensible	Si	160	65	Si	Agradable	-
	No	86	35			
Prepotente	Si	22	8.9	No	Agradable	-
	No	224	91.1			
Franco	Si	213	86.6	Si	Confiable	-
	No	33	13.4			
Malencarado	Si	21	8.5	No	Agradable	-
	No	225	91.5			

Tabla 43. Frecuencias, elección de reactivos y área que miden (*continuación*).

Reactivo	Opciones de respuestas	Frecuencia	%	¿Se eligió el reactivo?	¿Qué área mide?
Sencillo	Si	211	85.8	No	Agradable - desagradable
	No	35	14.2		
Distraído	Si	36	14.6	No	Agradable - desagradable
	No	210	85.4		
Criticón	Si	14	5.7	No	Agradable - desagradable
	No	232	94.3		
Dominante	Si	32	13	No	Agradable - desagradable
	No	214	87		
Perceptivo	Si	199	80.9	No	Experto - inexperto
	No	47	19.1		
Fachoso	Si	23	9.3	No	Agradable - desagradable
	No	223	90.7		
Parcial	Si	98	39.8	Si	Confiable - desconfiable
	No	148	60.2		
Autoritario	Si	35	14.2	No	Agradable - desagradable
	No	211	85.8		
Tolerante	Si	216	87.8	No	Agradable - desagradable
	No	30	12.2		
Agradable	Si	216	87.8	No	Agradable - desagradable
	No	30	12.2		
Disperso	Si	37	15	No	No hubo acuerdo entre jueces
	No	209	85		
Alegre	Si	184	74.8	Si	Agradable - desagradable
	No	62	25.2		
Indiscreto	Si	21	8.5	No	Sin consenso
	No	225	91.5		
Materialista	Si	32	13	No	Agradable - desagradable
	No	214	87		
Experto	Si	201	81.7	Si	Experto - inexperto
	No	45	18.3		
Cordial	Si	220	89.4	No	Agradable - desagradable
	No	26	10.6		
Actualizado	Si	202	82.1	Si	Experto - inexperto
	No	44	17.9		
Manipulador	Si	25	10.2	No	Confiable - desconfiable
	No	221	89.8		

Tabla 43. Frecuencias, elección de reactivos y área que miden (*continuación*).

Reactivo	Opciones de respuestas	Frecuencia	%	¿Se eligió el reactivo?	¿Qué área mide?
Tranquilo	Si	228	92.7	No	Agradable - desagradable
	No	18	7.3		
Serio	Si	164	66.7	Si	Agradable - desagradable
	No	82	33.3		
Enérgico	Si	86	35	Si	Agradable - desagradable
	No	160	65		
Gracioso	Si	113	45.9	Si	Agradable - desagradable
	No	133	54.1		
Exigente	Si	94	38.2	Si	Agradable - desagradable
	No	152	61.8		
Preocupado	Si	102	41.5	Si	Agradable - desagradable
	No	144	58.5		
Organizado	Si	208	84.6	Si	Experto - inexperto
	No	38	15.4		
Apoyador	Si	190	77.2	Si	Confiable - desconfiable
	No	56	22.8		
Coherente	Si	214	87	No	Experto - inexperto
	No	32	13		
Directivo	Si	149	60.6	Si	Experto - inexperto
	No	97	39.4		
Informal	Si	46	18.7	Si	Agradable - desagradable
	No	200	81.3		
Convincente	Si	191	77.6	Si	Experto - inexperto
	No	55	22.4		
Tratable	Si	218	88.6	No	Agradable - desagradable
	No	28	11.4		
Despectivo	Si	23	9.3	No	Agradable - desagradable
	No	223	90.7		
Duro	Si	46	18.7	Si	Agradable - desagradable
	No	200	81.3		
Arrogante	Si	24	9.8	No	Agradable - desagradable
	No	222	90.2		
Platicador	Si	135	54.9	Si	Agradable - desagradable
	No	111	45.1		
Incompetente	Si	28	11.4	No	Experto - inexperto
	No	218	88.6		

La correlación de cada reactivo con la escala total

Después de haber eliminado reactivos con el análisis de frecuencias y el jueceo que se realizaron en el paso anterior, se obtuvo el grado de correlación entre cada reactivo elegido con respecto de cada subescala (experto, agradable, confiable). El criterio para conservar al reactivo fue que éste tuviera una correlación de .5 o más para el caso de las subescalas de experto (tabla 44) y confiable (tabla 45). Por otro lado, se utilizó el criterio de tener una correlación mayor a .4 para el caso de la subescala “agradable” (tabla 46).

Tabla 44. Correlación entre cada reactivo y la subescala de Experto-Inexperto

Reactivo	Correlación del reactivo con la subescala	¿Se eligió el reactivo?
Inteligente	.596	Si
Profesional	.509	Si
Rígido	-.122	No
Intuitivo	.530	Si
Audaz	.574	Si
Consejero	.394	Si (por razón teórica)
Preciso	.626	Si
Esmerado	.648	Si
Hábil	.620	Si
Orientador	.605	Si
Analfítico	.556	Si
Claro	.629	Si
Dinámico	.527	Si
Concreto	.472	No
Caro	-.143	No
Experto	.597	Si
Actualizado	.560	Si
Directivo	.418	No
Convincente	.588	Si

Tabla 45. Correlación entre cada reactivo y la subescala Confiable - Desconfiable

Reactivo	Correlación del reactivo con la subescala	¿Se eligió el reactivo?
Confiable	.539	Si
Interesado	.328	No
Comprensivo	.611	Si
Dispuesto	.670	Si
Honesto	.624	Si
Razonable	.678	Si
Franco	.569	Si
Parcial	.049	No
Apoyador	.557	Si

Tabla 46. Correlación entre cada reactivo y la subescala de Agradable - Desagradable

Reactivo	Correlación del reactivo con la subescala	¿Se eligió el reactivo?
Ofensivo	-.279	No
Simpático	.445	Si
Empático	.276	Si (por razones teóricas)
Impuntual	-.136	No
Interesante	.339	No
Ameno	.463	Si
Fino	.408	Si
Tierno	.396	No
Sensible	.367	No
Alegre	.462	Si
Serio	-.098	No
Enérgico	.069	No
Gracioso	.463	Si
Exigente	.141	No
Preocupado	.322	No
Duro	-.222	No
Platicador	.337	No

Confiabilidad de la escala

Con los reactivos elegidos se calculó la confiabilidad de cada subescala y de la escala total por medio del índice alfa de Cronbach el cual puede ser usado –entre otros casos- con reactivos cuyo formato de respuesta es dicotómico (Cohen y Swerdlik, 2001) (tabla 47).

Tabla 47. Confiabilidad de cada subescala y del total de la escala.

Experto - Inexperto	Agradable	-	Confiable	-
	Desagradable		Desconfiable	
Inteligente	Simpático		Confiable	
Profesional	Empático		Comprensivo	
Intuitivo	Ameno		Dispuesto	
Audaz	Fino		Honesto	
Consejero	Gracioso		Razonable	
Preciso	Alegre		Franco	
Esmerado			Apoyador	
Hábil				
Orientador				
Analítico				
Claro				
Dinámico				
Experto				
Actualizado				
Convincente				
Alfa = .903	Alfa = .726		Alfa = .861	Alfa de toda la escala = .934

Evidencia de validez

Con los reactivos que se seleccionaron de la etapa anterior se realizó un análisis para identificar el grado en que la escala podía distinguir a los pacientes que asisten pocas sesiones en comparación con quienes asisten más veces. Con ese fin, se dividió a la muestra de sujetos en función del número de sesiones que asistieron con su terapeuta. Después de eliminar los casos poco frecuentes y/o atípicos (por ejemplo, pacientes que asistieron de 100 a 500 veces) se obtuvo una distribución en la cual la mayoría de la muestra asistió de 1 a 36 sesiones. Esta distribución se dividió en cuartiles: en el cuartil

con pocas sesiones se ubicaron sujetos que asistieron de 1 a 4 ocasiones y en el cuartil de varias sesiones se ubicó a los sujetos que asistieron de 15 a 36 sesiones.

Posteriormente, se analizó cada reactivo (cuyas respuestas son dicotómicas) con respecto de si podía diferenciar a los casos del cuartil alto y bajo. Para dicho propósito, se empleó el coeficiente de correlación *phi* con el cual se analizó cada reactivo. Por ejemplo, en el reactivo “el terapeuta fue inteligente” (cuya respuesta fue si o no) se observó cuanta correlación guardó con el grupo del cuartil alto (asistir de 15 a 36 sesiones) y con el cuartil bajo (asistir de 1 a 4 sesiones). Los resultados de dichas correlaciones se muestran en la tabla 48.

Tabla 48. Correlaciones entre los reactivos y la asistencia a las sesiones.

Reactivo	Correlación con la asistencia a las sesiones	<i>p</i>	¿Se eligió el reactivo?
<i>Experto –Inexperto</i>			
Inteligente	.111	.004	Si
Profesional	.237	.000	Si
Intuitivo	.155	.000	Si
Audaz	.029	.453	No
Consejero	.123	.001	Si
Preciso	.156	.000	Si
Esmerado	.010	.794	No
Hábil	.202	.000	Si
Orientador	.055	.152	No
Analítico	.007	.845	No
Claro	.131	.001	Si
Dinámico	.022	.568	No
Experto	.066	.083	No
Actualizado	.095	.013	No
Convincente	.182	.000	Si
<i>Agradable - Desagradable</i>			
Simpático	.165	.000	Si
Empático	.157	.000	Si
Ameno	.107	.005	Si
Fino	.052	.173	No
Gracioso	.125	.050	Si
Alegre	.218	.000	Si
<i>Confiable - Desconfiable</i>			
Confiable	.155	.000	Si
Comprensivo	.038	.321	No
Dispuesto	.224	.000	Si
Honesto	.160	.000	Si
Razonable	.237	.000	Si
Franco	.219	.000	Si
Apoyador	.017	.657	No

Para conocer el grado en que los totales de las subescalas y la escala total se correlacionaban con la asistencia a las sesiones, se utilizó la *r* de pearson y se obtuvieron correlaciones entre -.186 y -.316 (tabla 49).

Tabla 49. Correlación entre cada subescala y la asistencia a las sesiones.

<i>Subescala</i>	<i>Correlación con la asistencia</i>	<i>p</i>
Experto – Inexperto	-.316	.000
Agradable – Desagradable	-.186	.041
Confiable – Desconfiable	-.245	.007
Escala completa	-.297	.001

Versión final de la escala

A partir de los análisis anteriores, se conformó la escala en su versión final, la cual quedó constituida por reactivos para medir el grado en que el terapeuta fue experto, agradable y confiable (Tabla50). El alfa de toda la escala fue de .891.

Tabla 50. Reactivos que conformaron la versión final para medir la percepción del paciente hacia el terapeuta después de la primera entrevista.

<i>Subescalas</i>		
<i>El terapeuta fue Experto...</i>	<i>El terapeuta fue Agradable...</i>	<i>El terapeuta fue Confiable...</i>
Inteligente	Simpático	Confiable
Profesional	Empático	Dispuesto
Intuitivo	Ameno	Honesto
Consejero	Gracioso	Razonable
Preciso	Alegre	Franco
Hábil		
Claro		
Convincente		
Alfa = .815	Alfa = .693	Alfa = .839

ESCALA PARA MEDIR EXPECTATIVAS DEL PACIENTE

Justificación

Existe diversa literatura sobre la deserción de los pacientes (Baekeland y Lundwall, 1975; Mennicke, Lent y Burgoyne, 1988; Wierzbicki y Pekarik, 1993) que ha buscado dar respuesta a este problema. Sin embargo, existen pocas variables que de manera consistente se relacionen con este fenómeno. Una de las variables que puede ser relevante es la de las expectativas. La razón es la siguiente: cuando el paciente busca a un terapeuta y éste no cumple con lo que se esperaba es posible que el paciente deserte de asistir a sesiones futuras. La mayoría de los pacientes abrigan ciertas expectativas antes de ver por primera vez a su terapeuta y el encuentro con éste en la primera entrevista puede ser determinante para que el paciente decida asistir a sesiones futuras debido a que se cumplió o no lo que esperaba. Quizá el estudio de las expectativas podría ofrecer respuestas acerca de la deserción de los pacientes. No obstante, no se encontró que existiera alguna escala para medir este constructo en el área de la psicoterapia en México.

Delimitación Conceptual del Constructo “Expectativas”

La palabra “expectativa” hace alusión a la anticipación de que ocurra un evento (Duckro, Beal y George, 1979) y es parte inherente de las relaciones humanas. En las relaciones de ayuda, el término “expectativas del paciente” se refiere a varios aspectos de acuerdo con Garfield (1994): las expectativas del paciente sobre el resultado terapéutico, expectativas del paciente sobre el procedimiento de la psicoterapia, expectativas del rol del terapeuta y de la duración de la terapia.

En la investigación de Richert (1983) se publicó una propuesta de definiciones y clasificación de las expectativas en psicoterapia. Propone que las expectativas se definen como las “anticipaciones que hace el paciente antes de la terapia acerca de lo que el terapeuta hará durante el tratamiento” (pág. 322). Este autor menciona que las

expectativas (anticipación) pueden dividirse en dos dimensiones: 1) lo que se anticipa del rol del terapeuta y 2) lo que se anticipa del rol del paciente.

Lo que se anticipa en el rol del terapeuta tiene dos continuums:

El terapeuta como autoridad (poder, experto, estatus) – cálido.

El terapeuta orientado a los problemas – orientado a los sentimientos, memorias, experiencias subjetivas.

Por otra parte, lo que se anticipa en el rol del paciente puede dividirse en cuatro:

1) *Pacientes con estilo médico*: pacientes que prefieren terapeutas con alta autoridad y que se enfoquen en los problemas. Prefieren que el terapeuta sea activo, directivo y se haga cargo del proceso terapéutico. Estos pacientes dan poco énfasis a una relación cálida y prefieren que se centre en la solución de los problemas. El terapeuta es visto con gran habilidad y conocimiento y el paciente espera que se le diga qué hacer para resolver el problema.

2) *Paciente que busca revelados (revelationists)*. Este paciente prefiere que el terapeuta haga “revelaciones”. Espera que el terapeuta dé una visión objetiva de quiénes son y por qué se comportan así los pacientes. El fin del paciente es más de autoentendimiento que de solución de problemas. Espera esclarecer primero las causas antes que cambiar algo.

3) *Solucionadores de problemas*. Estos pacientes prefieren que el terapeuta se enfoque en los problemas. Ven al terapeuta como un aliado. Están dispuestos a tomar un rol activo en el tratamiento y ven al terapeuta como experto. Esperan que el terapeuta sea activo y conocedor pero no superior. Esperan del terapeuta una nueva perspectiva, información nueva, quizá sugerencias, pero se reservan para ellos la decisión final y lo útil de la información recabada. Estos pacientes son prácticos y consideran a sus sentimientos irrelevantes con respecto a sus preocupaciones.

4) *Pacientes exploradores*. Estos pacientes prefieren que el terapeuta tenga poca autoridad y que se oriente a los sentimientos, recuerdos y experiencias. Quizá estos clientes sean lo más cercano a la terapia orientada al insight. Prefieren que el terapeuta

funcione como apoyo, sea un aliado con conocimientos. Esperan que el terapeuta funcione como una guía.

Sin embargo, los cuatro tipos de preferencias descritos no ocurren necesariamente en forma “pura” en la práctica clínica.

Existe otro autor (Kelly, 1955) cuya teoría no habla directamente de expectativas. Sin embargo, si se entiende a las expectativas de acuerdo con las ideas de Richert (1983), es decir, la anticipación de que ocurra un evento, entonces la teoría de Kelly es una teoría sobre expectativas.

Para Kelly, los seres humanos son como los científicos en el sentido de que intentan dar un sentido al mundo formulando hipótesis acerca de su funcionamiento para luego someterlas a prueba y rectificarlas en caso de que no funcionen. El fin último del científico es el de predecir y controlar. En lo esencial, él consideraba a la conducta humana como una pregunta, una predicción o una hipótesis en torno al contenido de cualquier situación. Dentro de los conceptos centrales de Kelly está lo que él denomina el “postulado fundamental” que dice que “los procesos psicológicos de la persona se canalizan por las formas en que aquella anticipa los eventos” (1955, p. 46). En la teoría de Kelly, la palabra “anticipar” es de especial importancia. Al igual que el prototipo del científico que es el ser humano, las personas buscan la predicción. En sus propias palabras, “las personas se orientan hacia el futuro y en consecuencia buscan predecirlo” (1955, p. 49). Los seres humanos buscan anticipar eventos reales. Aquí es donde los procesos psicológicos están atados a la realidad (Kelly, 1955). La teoría de Kelly enuncia algunos corolarios de los cuales se mencionarán aquí los que guardan especial importancia para esta investigación:

Corolario de la individualidad: las personas difieren en la construcción de los sucesos (1955, p. 55).

Corolario de la dicotomía: El sistema de construcciones de las personas se compone de un número finito de constructos dicotómicos (1955, p. 59). Es decir, los constructos sirven como directrices para discriminar, identificar, entender y predecir los acontecimientos.

Otros autores (Duckro, Beal y George, 1979) concuerdan con las propuestas anteriores, es decir, las expectativas indican anticipación de que ocurra un evento.

En otro estudio, Tinsley, et al (1980) se investigaron todas las expectativas que teóricamente están presentes al ir a terapia y realizaron un análisis factorial. Los factores de expectativas que obtuvieron son:

- Actitudes y conductas del paciente (responsabilidad, apertura, motivación)
- Actitudes y conductas del terapeuta (aceptación, confrontación, genuinidad, directividad, empatía, autoapertura, apoyo)
- Características del terapeuta (atractivo, experto, digno de confianza, tolerante)
- Características del proceso (rapidez).

Un problema en los hallazgos de Tinsley, et al. (1980) es que puede ser difícil distinguir entre las categorías “conducta del terapeuta” y “características del terapeuta”. Por ejemplo, si el paciente espera que el terapeuta sea “tolerante”, ¿la tolerancia es una conducta o una característica del terapeuta? Como puede observarse, parece ser que las categorías propuestas no son excluyentes entre sí lo cual hace difícil clasificar las expectativas de los pacientes.

¿Qué quiero medir?

Para medir expectativas se decidió emplear los estudios de Duckro, Beal y George, 1979; Kelly, 1955 y Richert, 1983. La palabra expectativa quedó definida como las anticipaciones que hace el paciente acerca de lo que harán él y el terapeuta en la primera entrevista, así como las características que tendrá el terapeuta.

Tipos de expectativas

Para la creación de las dimensiones de las expectativas se empleó el estudio de Tinsley et al. 1980 que se mencionó anteriormente. Las dimensiones empleadas fueron:

- 1) Expectativas sobre conductas del terapeuta (lo que el paciente anticipa que hará el terapeuta)

2) Expectativas sobre el paciente (lo que el paciente anticipa que le sucederá y/o hará él mismo)

3) Expectativas sobre características del terapeuta (características que el paciente anticipa que tendrá el terapeuta).

¿En quién quiero medir?

Los sujetos de interés son aquellos que solicitan servicio psicológico y han tenido una primera entrevista con el propósito de iniciar un tratamiento.

¿Para qué quiero medir?

Para conocer si se cumplieron las expectativas de los pacientes con el propósito de identificar a quienes asistan a pocas sesiones.

Construcción de Reactivos

La construcción de reactivos tuvo como punto de partida el lenguaje de los sujetos para referirse a lo que creían que sucedería en la primera entrevista. En consecuencia, se emplearon las respuestas de los pacientes que se investigaron en el estudio anterior y que se tituló "expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones de terapia"; dicho estudio se presentó en todo detalle anteriormente.

Las respuestas de los sujetos que se emplearon para la construcción de reactivos fueron las que surgieron ante las preguntas: "¿qué esperas que suceda en tu primera entrevista?" y después de su entrevista "¿por qué dices que se cumplió/no se cumplió lo que esperabas?" Estas respuestas fueron redactadas posteriormente en forma de reactivos.

Sujetos en quienes se aplicaron los reactivos

La escala se aplicó a 245 sujetos que alguna vez fueron a psicoterapia individual. El promedio de edad fue de 26 años, $DE = 9.75$, la edad mínima fue de 17 años y la máxima de 65. Con respecto del sexo, participaron 49 sujetos de sexo masculino y 196 de sexo femenino. Sobre el estado civil, 216 eran solteros y 30 casados.

Análisis estadístico de los reactivos y jueceo de los mismos

Participaron como jueces siete estudiantes de doctorado en psicología del área de la salud. La edad promedio fue de 32.42 en un rango de 25 a 40 años y $DE=5.31$. Todos los jueces fueron de sexo femenino y los enfoques que refirieron tener fueron los siguientes: 1 psicodinámico, 3 cognitivo conductual, 2 sistémico, 1 social.

Se entregó a los jueces la definición de expectativas para esta investigación (Tinsley et al. 1980). Como resultado se obtuvo una clasificación del tipo de expectativa que mide cada reactivo.

Con respecto de la selección de reactivos, el criterio fue que pudiera discriminar con un 85%, es decir, que pudiera distinguir a 15 de cada 100 sujetos. El tipo de expectativa que mide cada reactivo y cuáles fueron conservados se muestra en la tabla 51.

Tabla 51. Tipo de expectativa a la que pertenecen los reactivos y las frecuencias de las respuestas elegidas por los sujetos.

Reactivo	Opciones de respuesta	f	%	¿Se eligió el reactivo?	Tipo de expectativa
El terapeuta me escuchó	Si	239	97.2	No	Conductas del terapeuta
	No	7	2.8		
Me desahogué	Si	190	77.2	Si	Sobre el paciente
	No	56	22.8		
Se solucionó mi problema	Si	26	10.6	No	Sobre el paciente
	No	220	89.4		
Me sentí apoyado	Si	183	74.4	Si	Conductas del terapeuta
	No	63	25.6		
El terapeuta me preguntó de mi vida	Si	218	88.6	No	Conductas del terapeuta
	No	28	11.4		
Sentí miedo	Si	95	38.6	Si	Conductas del terapeuta
	No	151	61.4		
El terapeuta fue amigable	Si	228	92.7	No	Característica del terapeuta
	No	18	7.3		
Hablé de mis problemas	Si	236	95.9	No	Conductas del terapeuta
	No	10	4.1		
Resolví mis dudas	Si	77	31.3	Si	Sobre el paciente
	No	169	68.7		
El terapeuta me preguntó el motivo de mi consulta	Si	232	94.3	No	Conductas del terapeuta
	No	14	5.7		
Me dijo cómo resolver mis problemas	Si	38	15.4	Si	Conductas del terapeuta
	No	208	84.6		
El terapeuta fue confiable	Si	220	89.4	Si	Características del terapeuta
	No	26	10.6		
El terapeuta me comprendió	Si	203	82.5	Si	Conductas del terapeuta
	No	43	17.5		
Me orientó	Si	168	68.3	Si	Conductas del terapeuta
	No	78	31.7		
Conocí la raíz de mi malestar	Si	63	25.6	Si	Sobre el paciente
	No	183	74.4		
El terapeuta me puso atención	Si	235	95.5	No	Conductas del terapeuta
	No	11	4.5		
Me preguntó desde mi infancia	Si	142	57.7	Si	Conductas del terapeuta
	No	104	42.3		
Me acosté y me hicieron recordar	Si	21	8.5	No	Conductas del terapeuta
	No	225	91.5		

Tabla 51. Tipo de expectativa a la que pertenecen los reactivos y las frecuencias de las respuestas elegidas por los sujetos (*continuación*).

Reactivo	Opciones de respuesta	f	%	¿Se eligió el reactivo?	Tipo de expectativa
Me sentí observado	Si	109	44.3	Si	Sobre el paciente
	No	137	55.7		
El terapeuta me interrogó	Si	151	61.5	Si	Conductas del terapeuta
	No	95	38.6		
Me sentí tranquilo	Si	182	74	Si	Sobre el paciente
	No	64	26		
Me sentí mejor	Si	193	78.5	Si	Sobre el paciente
	No	53	21.5		
Me sentí abrazado	Si	84	34.1	No	Sobre el paciente
	No	162	65.9		
El terapeuta me consoló	Si	48	19.5	Si	Sobre el paciente
	No	198	80.5		
Entendí algunas cosas	Si	190	77.2	Si	Sobre el paciente
	No	56	22.8		
El terapeuta me dedicó tiempo.	Si	236	95.9	No	Conductas del terapeuta
	No	10	4.1		
Me sentí cómodo	Si	196	79.7	Si	Sobre el paciente
	No	50	20.3		
Inicié tratamiento	Si	188	76.4	Si	Conductas del terapeuta
	No	58	23.6		
Fue interesante	Si	212	86.2	No	Características del terapeuta
	No	34	13.8		
Me sentí seguro	Si	192	78	Si	Conductas del terapeuta
	No	54	22		
El terapeuta fue capaz de ayudarme	Si	177	72	Si	Conductas del terapeuta
	No	69	28		
El terapeuta me hizo preguntas	Si	231	93.9	No	Conductas del terapeuta
	No	15	6.1		
El terapeuta fue amable	Si	230	93.5	No	Característica del terapeuta
	No	16	6.5		
Tuve otra perspectiva de los problemas	Si	178	72.4	Si	Sobre el paciente
	No	68	27.6		
Confirmé mis convicciones	Si	110	44.7	Si	Sobre el paciente
	No	136	55.3		
El terapeuta me aplicó un test	Si	33	13.4	No	Conductas del terapeuta
	No	213	86.6		

Tabla 51. Tipo de expectativa a la que pertenecen los reactivos y las frecuencias de las respuestas elegidas por los sujetos (*continuación*).

Reactivo	Opciones de respuesta	f	%	¿Se eligió el reactivo?	Tipo de expectativa
El terapeuta me dijo que yo mismo descubriré las soluciones a mis problemas	Si	134	54.5	No	Conductas del terapeuta
	No	112	45.5		
El terapeuta me criticó	Si	15	6.1	No	Conductas del terapeuta
	No	231	93.9		
El terapeuta fue puntual	Si	214	87	Si	Características del terapeuta
	No	32	13		
El terapeuta me contó sus problemas	Si	16	6.5	No	Conductas del terapeuta
	No	230	93.5		
Expresé lo que me intrigaba	Si	200	81.3	Si	Sobre el paciente
	No	46	18.7		
El terapeuta fue agresivo	Si	15	6.1	No	Característica del terapeuta
	No	231	93.9		
El terapeuta me culpó	Si	11	4.5	No	Conductas del terapeuta
	No	235	95.5		
El terapeuta me confrontó	Si	83	33.7	Si	Conductas del terapeuta
	No	163	66.3		
El terapeuta fue empático	Si	172	69.9	Si	Características del terapeuta
	No	74	30.1		
El terapeuta me preguntó cosas generales	Si	198	80.5	Si	Conductas del terapeuta
	No	48	19.5		
El terapeuta me interrumpió	Si	44	17.9	Si	Conductas del terapeuta
	No	202	82.1		
El terapeuta me dio por mi lado	Si	26	10.6	No	Conductas del terapeuta
	No	220	89.4		
Me sentí en confianza	Si	204	82.9	Si	Conductas del terapeuta
	No	42	17.1		
Me dijo cómo se trabajaría	Si	178	72.4	Si	Conductas del terapeuta
	No	68	27.6		
El terapeuta fue imparcial	Si	197	80.1	Si	Características del terapeuta
	No	49	19.9		
El terapeuta fue honesto	Si	227	92.3	No	Característica del terapeuta
	No	19	7.7		
Hubo buena comunicación entre el terapeuta y yo	Si	210	85.4	No	Sobre el paciente
	No	36	14.6		
El terapeuta me dio algún consejo	Si	132	53.7	Si	Conductas del terapeuta
	No	114	46.3		

La correlación entre cada reactivo y su respectiva subescala

Con los reactivos elegidos en el paso anterior se llevaron a cabo correlaciones para conocer el grado de asociación entre cada reactivo y su respectiva subescala. En lo que respecta de la subescala de “expectativas sobre características del terapeuta” se eliminaron a los reactivos “el terapeuta fue confiable”, “el terapeuta fue empático” y “el terapeuta fue imparcial” debido a que sus correlaciones fueron menores a .3.

Acerca de las “expectativas sobre el paciente” se eligieron los reactivos que tuvieran correlación con mayor a .4. Los reactivos elegidos se muestran en la tabla 52.

Tabla 52. Correlación entre cada reactivo y la subescala de Expectativas sobre el paciente.

Reactivo	Correlación del reactivo con la subescala	¿Se eligió el reactivo?
Me desahogué	.392	No
Resolví mis dudas	.440	Si
Conocí la raíz de mi malestar	.385	No
Me sentí observado	-.238	No
Me sentí tranquilo	.475	Si
Me sentí mejor	.508	Si
El terapeuta me consoló	.386	No
Entendí algunas cosas	.416	Si
Me sentí cómodo	.529	Si
Tuve otra perspectiva de los problemas	.454	Si
Confirmé mis convicciones	.388	No
Expresé lo que me intrigaba	.304	No

En lo que respecta a la subescala de “expectativas sobre las conductas del terapeuta” se eligieron también aquellos que tuvieron correlaciones mayores a .4. Los reactivos elegidos se muestran en la tabla 53.

Tabla 53. Correlación entre cada reactivo y la subescala de Expectativas sobre las conductas del terapeuta.

Reactivo	Correlación del reactivo con la subescala	¿Se eligió el reactivo?
Me sentí apoyado	.525	Si
Sentí miedo	-.108	No
Me dijo cómo resolver mis problemas	.185	No
El terapeuta me comprendió	.464	Si
Me orientó	.458	Si
Me preguntó desde mi infancia	.254	No
El terapeuta me interrogó	.085	No
Inicié tratamiento	.240	No
Me sentí seguro	.405	Si
El terapeuta fue capaz de ayudarme	.597	Si
El terapeuta me dijo que yo mismo descubriré las soluciones a mis problemas	.256	No
El terapeuta me confrontó	.099	No
El terapeuta me preguntó cosas generales	.043	No
El terapeuta me interrumpió	-.048	No
140. Me sentí en confianza	.392	No
141. Me dijo cómo se trabajaría	.206	No

Versión final de la escala

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de consistencia interna con los reactivos elegidos. El alfa obtenido fue de .824 para la subescala de “expectativas sobre las conductas del terapeuta” y de .76 para la subescala de “expectativas sobre el paciente”. La escala total tuvo un alfa de .876 (tabla 54).

Tabla 54. Reactivos finales y consistencia interna para la escala de expectativas

Expectativas sobre conductas del terapeuta	Expectativas sobre el paciente	
Me sentí apoyado	Resolví mis dudas	
El terapeuta me comprendió	Me sentí tranquilo	
Me orientó	Me sentí mejor	
Me sentí seguro	Entendí algunas cosas	
El terapeuta fue capaz de ayudarme	Me sentí cómodo	
	Tuve otra perspectiva de los problemas	
Alfa= .824	Alfa = .760	Alfa de la escala completa = .876