



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Afrontamiento en personas que cumplen  
y abandonan la terapia psicológica

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Alicia Méndez Jiménez

**Director:** Dra. Sandra Ivonne Muñoz Maldonado  
**Dictaminador:** Dr. Ricardo Sánchez Medina – Vocal  
Dra. Consuelo Rubí Rosales Piña – Secretaria  
Mtra. Laura Edith Pérez Laborde – Suplente  
Lic. María De Los Ángeles Estrada Martínez-Suplente



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 25 de mayo de 2023.



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.

## Índice

<b>Índice .....</b>	<b><u>2</u></b>
<b>Introducción.....</b>	<b><u>4</u></b>
<b>Terapia Psicológica. ....</b>	<b>6</b>
<b>Proceso Terapéutico.....</b>	<b>6</b>
<b>Aproximaciones teóricas y formas de abordaje de las problemáticas o motivos de consulta. ....</b>	<b>7</b>
Modelos psicodinámicos .....	8
Modelos Humanístico-existenciales .....	9
Modelos Conductuales.....	11
Modelos cognitivos.....	13
Modelos Sistémicos. ....	14
<b>Variables del consultante.....</b>	<b>16</b>
<b>Variables del Terapeuta.....</b>	<b>17</b>
<b>Relación Terapéutica. ....</b>	<b>18</b>
<b>Estudios relacionados con adherencia o abandono a la terapia psicológica. ....</b>	<b>21</b>
<b>Afrontamiento.....</b>	<b>24</b>
Modelos de afrontamiento.....	25
Instrumentos para medir el afrontamiento.....	26
Estudios relacionados con Estrategias de Afrontamiento. ....	28
<b>Objetivo General .....</b>	<b>31</b>
Objetivos Específicos .....	31
Hipótesis. ....	31
<b><u>Método.....</u></b>	<b><u>32</u></b>

Participantes. ....	32
Criterios de inclusión. ....	32
Selección de la muestra. ....	32
Tipo de estudio. ....	32
Diseño de investigación. ....	33
Instrumentos. ....	33
<b>Procedimiento. ....</b>	<b>33</b>
<b><u>Resultados. ....</u></b>	<b><u>34</u></b>
<b><u>Discusión. ....</u></b>	<b><u>39</u></b>
<b><u>Referencias. ....</u></b>	<b><u>43</u></b>
<b><u>Apéndice. ....</u></b>	<b><u>51</u></b>

## Resumen

El objetivo del presente trabajo fue identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento que usan los adultos que abandonan la terapia psicológica en contraste con los que no abandonan la terapia. Se realizó un cuestionario que consistía en seis preguntas sociodemográficas, siete preguntas relacionadas con los datos de terapia psicológica, y 40 preguntas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Participaron 62 adultos mexicanos entre 23 y 55 años, siendo un 79% mujeres. Al comparar a los participantes en dos grupos, los que abandonan terapia y los que no abandonan, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en la estrategia de *expresión emocional*, en donde el grupo que no abandonó la terapia presentó mayor puntaje. Se obtuvieron puntajes similares en las demás escalas, predominando en ambos grupos una tendencia alta a *la resolución de problemas*, así como un puntaje bajo en *evitación de problemas*. Predominan motivos de abandono como: falta de tiempo, factor económico. Las personas solteras tuvieron mayor adherencia a la terapia que las casadas. Estos resultados demuestran que la expresión emocional es fundamental en quienes deciden acudir a terapia y terminar su tratamiento.

*Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, abandono, terapia psicológica.*

## Abstract

The objective of this study was to identify whether there are differences in the coping strategies used by adults who drop out of psychological therapy in contrast to those who do not drop out of therapy. A questionnaire consisting of six sociodemographic questions, seven questions related to psychological therapy data, and 40 questions from the Coping Strategies Inventory (CSI) was administered. 62 Mexican adults between 23 and 55 years old participated, 79% being women. When comparing the participants in two groups, those who drop out of therapy and those who do not drop out, it was found that there are statistically significant differences in the emotional expression strategy, where the group that did not drop out of therapy presented a

higher score. Similar scores were obtained in the other scales, with both groups having a high tendency to solve problems, as well as a low score in problem avoidance. Predominant reasons for abandonment such as: lack of time, economic factor. Single people had greater adherence to therapy than married people. These results show that emotional expression is fundamental in those who decide to go to therapy and finish their treatment.

*Key Words: Coping strategies, drop out, psychological therapy.*

## **Introducción.**

### **Terapia Psicológica.**

La Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association*, APA, por sus siglas en inglés) define a la terapia como un tratamiento para problemas psicológicos en el que los terapeutas y los clientes trabajan juntos para comprender los problemas y elaborar planes para solucionarlos, generalmente cambiando pensamientos, emociones o comportamientos ineficaces.

Por su parte, Fernández-Liria et al. (1997) formulan la siguiente definición de psicoterapia: “Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo” (p.9). En esta definición se identifican claramente las tres variables que intervienen en el proceso terapéutico, que son: terapeuta, paciente o cliente, y proceso.

### **Proceso Terapéutico.**

Al respecto, Fuentes y Lorenzo (2004) describen que este proceso empieza al presentarse ante un terapeuta en busca de ayuda por alguna situación que provoca trastorno o malestar. Este contacto da por inicio lo que se conoce como relación terapéutica, dicha relación hace referencia a una serie de fases implicadas en el tratamiento psicológico, las cuales se exponen a continuación y abarcan todo el tratamiento, desde la primera hasta la última consulta.

En la primera entrevista se establece la relación con el cliente, la cual es la primera fase del proceso y permite establecer el rapport, que simboliza la aceptación y confianza entre ambos, para poder construir una relación terapéutica efectiva.

Después de la entrevista, la evaluación conductual constituye la segunda fase del proceso, durante esta se recogen los datos referentes al motivo de la consulta, obteniendo información acerca de las relaciones familiares, sociales, laborales y ocupacionales, así como la relación de pareja y otros aspectos fisiológicos. Durante esta fase se establecen los objetivos de la intervención.

Con esta información se pasa a la fase del análisis conductual. Se examinan relaciones funcionales entre los diferentes componentes de la conducta para poder dar lugar a las hipótesis explicativas, esto es, pasar al esquema teórico, identificando el origen del problema y buscando la explicación del mantenimiento.

Posteriormente, se identifica el área de intervención o conductas a modificar y se seleccionan las técnicas más adecuadas que se han de aplicar; que antes de ponerse en práctica, deben de ser discutidas con el cliente para tener la certeza que las comprende y las aprueba, asimismo durante todo el proceso estas técnicas han de ser evaluadas constantemente. Una vez puestas en práctica y conseguido el objetivo terapéutico, se valoran los resultados y se establece un seguimiento para asegurar que los resultados se mantienen con el paso del tiempo. (Fuentes & Lorenzo, 2004)

El establecimiento de una buena relación entre el consultante y el terapeuta son la clave que permite lograr un buen resultado, Corbella (2020) menciona que uno de los factores determinantes para el éxito de la terapia es la calidad de la relación terapéutica.

### **Aproximaciones teóricas y formas de abordaje de las problemáticas o motivos de consulta.**

Ahora bien, al hacer una revisión sobre la situación de la psicoterapia y sus diferentes modelos, se encuentran diversos marcos referenciales. Para efectos de este texto, se

seleccionan los marcos referenciales que engloban las propuestas terapéuticas más relevantes en lo que respecta a modelos con fundamentación teórica: *modelos psicodinámicos, humanístico-existenciales, conductuales, cognitivos y sistémicos*. (Freixas & Miró, 1994)

### *Modelos psicodinámicos*

La palabra psicodinámico tiene relación con el psicoanálisis y con aquellas concepciones del papel intrapsíquico. Los modelos psicodinámicos comparten las siguientes características de acuerdo con Badós (2016):

- Determinismo, se refiere a que la conducta humana está determinada por factores intrapsíquicos, como son impulsos, conflictos internos, motivos, etc.
- Énfasis en el papel del conflicto, es decir, los impulsos internos se manifiestan aún en contra de prohibiciones o límites impuestos por la cultura, algunos síntomas neuróticos son vistos como el compromiso de la persona por resolver el conflicto.
- La historia en el desarrollo de la persona, centrado en algunos conflictos surgen en la infancia de la persona, y determinan significativamente su historia
- Determinismo múltiple, lo que indica que diversos factores operan simultáneamente para dar lugar a un pensamiento o una acción.
- Procesos inconscientes, se afirma que algunos determinantes de la conducta se dan de forma inconsciente
- La conducta comunica de forma simbólica o metafórica algo acerca de sus determinantes.

Este modelo perdió auge con el surgimiento de nuevas tendencias, sin embargo, durante el inicio de este siglo XXI, la evidencia de la eficacia del modelo psicodinámico ha crecido, algunos metaanálisis reportan que la terapia psicodinámica es tan efectiva como otras formas de terapia para depresión, ansiedad, o trastornos de la personalidad. (Barber & Solomonov, 2016)

### *Modelos Humanístico-existenciales.*

Según Tobías y García-Valdecasas (2009), estos modelos surgen como una reacción contra la psicología clínica ya que al adoptar el método científico se vuelve impersonal y deshumanizada, por tanto, los modelos humanistas se toman como una alternativa, una nueva visión del hombre que aspira a la autorrealización y el desarrollo del potencial humano. Sin embargo, las variantes que convergen en este modelo no cuentan con bases uniformes, tienen en común algunos principios filosóficos y valores científicos, pero no hay algún modelo de investigación o conceptos capaces de validar sus proposiciones. Martorell (2008) menciona que los precursores de la psicología humanista proponen una concepción del ser humano como el objeto de la psicología y el método para obtener conocimientos.

Entre las corrientes humanistas que destacan se mencionan:

- El enfoque terapéutico de Carl Rogers (1902-1987), conocido como terapia centrada en el cliente, o también conocida con el término terapia no directiva. Rogers afirmaba que el individuo es capaz de sentir autocompasión y que esta autocompasión es la base para el cambio de actitud y comportamiento.
- El psiquiatra austriaco Víctor Frankl (1905-1997) es responsable del concepto conocido como Logoterapia, psicoterapia centrada en la búsqueda del sentido o significado de las situaciones que se presentan en la vida, esta corriente afirma que la primera fuerza del ser humano es la lucha por encontrar el sentido de la propia existencia,

incluso en condiciones difíciles, en situaciones de sufrimiento también es posible encontrar razones para vivir, es decir, un significado.

- Eric Berne (1910-1970) creador del término *análisis transaccional*, cuyo enfoque psicoanalítico se centra en la restauración del potencial existencial que todo ser humano posee, orientando todo el proceso hacia la toma de conciencia que el individuo tiene hacia su capacidad de decidir y con esto poder cambiar el rumbo de su vida. Aunado a esta perspectiva, Berne desarrolló el concepto del *guión de vida*, que son mensajes implantados en la infancia, los cuales constituyen un marco de referencia para actuar, vivir y relacionarse. Estos mensajes pueden significar el éxito de una vida feliz o el fracaso de una vida desafortunada.

- Alexander Lowen (1910-2008) se da a la tarea de desarrollar su enfoque bioenergético, que se describe como una máscara que cubre al individuo para poder convivir y que resguarda los impulsos de los instintos para evitar la neurosis. Sin embargo, reprimir esos impulsos pueden generar angustia y sentimientos negativos, pues no se permite liberar su energía biológica.

- Jacob Levy (1892-1974) presenta el psicodrama, relacionado con los roles inadecuados y rígidos que son aceptados y que producen patologías que dañan a quien los vive.

- La terapia Gestalt, desarrollada por Fritz Perls y Paul Goodman en la década de 1940, tiene por objetivo que el paciente pueda llegar a sentirse completo y creativo, al liberarse de asuntos inconclusos y bloqueos que le impiden vivir el presente. Insiste en la responsabilidad del paciente ante el momento presente. Esta terapia enfatiza la relación del individuo con el ambiente, tomando a la persona como un organismo total, y a la aceptación de sí mismo como vital para el bienestar psicológico.

Como puede verse, un aspecto que tienen en común los modelos humanísticos es que se oponen a la clasificación diagnóstica, ya que la mayoría de estos modelos enfatizan la autenticidad, autonomía e integridad del individuo (Feixas & Miró, 1994).

### *Modelos Conductuales.*

“La terapia de conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica”. (Feixas & Miró, 1994, p. 170). Este tipo de terapia se centra esencialmente en el cambio de conducta. Para ello, desarrollan una metodología de diagnóstico y evaluación conductual que permita identificar e intervenir en las contingencias y parámetros que favorecen el mantenimiento de la conducta. Este enfoque se centra en el uso del método científico como una forma de comprobar empíricamente.

Este modelo puede resumirse según los siguientes puntos (Labrador, 2004):

- La conducta anormal es adquirida, mantenida y extinta según leyes generales que rigen las demás conductas.
- El terapeuta debe centrarse en el análisis, evaluación y tratamiento de conductas específicas y no en causas hipotéticas subyacentes que no puedan ser identificadas de forma objetiva y que no se puedan operativizar.
- La conducta es medible y puede tomarse como objeto de referencia
- El proceso de diagnóstico consiste en la evaluación de la conducta
- El objetivo de la intervención conductual es modificar la conducta del individuo por otra más adecuada. El terapeuta busca también modificar, en caso de ser necesario, el medio físico o social del sujeto.

- La terapia se debe adaptar a las características del cliente y su medio, el programa de intervención se diseña a la medida del paciente.
- Es necesario que los procedimientos hayan sido evaluados de forma experimental y sean eficaces. Se enfatiza el uso del método experimental tanto en procedimientos de intervención como en la propuesta de modelos explicativos.

Las técnicas de intervención comúnmente utilizadas (Labrador & Larroy, 2004) son:

- a. Técnicas de control de la activación como: Relajación progresiva, entrenamiento autógeno, control de respiración, biofeedback, autorregulación, hipnosis.
- b. Técnicas de Exposición, como son: desensibilización sistémica, inundación, exposición guiada.
- c. Técnicas basadas en condicionamiento operante, entre las más comunes están: reforzamiento tanto positivo como negativo, moldeamiento, control de estímulo, extinción, tiempo fuera, saciedad, economía de fichas y contrato conductual.
- d. Técnicas aversivas, como lo son: castigo, escape, evitación, estímulos aversivos.
- e. Condicionamiento encubierto.
- f. Afrontamiento.
- g. Entrenamiento en habilidades sociales.
- h. Técnicas de autocontrol.

En general, la terapia conductual ha tomado relevancia en el ámbito de la salud ya que su aplicación es tanto preventiva como paliativa, en el área clínica los trastornos

considerados comunes como son ansiedad, fobias y depresión siguen siendo los que mayor número de trabajos científicos generan, y en la actualidad han tomado relevancia la rehabilitación, la esquizofrenia, así como el trastorno del espectro autista,

### *Modelos cognitivos.*

Freixas & Miró (2004) afirman que un rasgo que unifica a estos modelos es la importancia de las cogniciones, tanto en el proceso terapéutico como en el origen del trastorno. El constructo cognición se refiere a todas las ideas, imágenes, expectativas, creencias, atribuciones, no sólo del proceso intelectual sino a patrones complejos de significado, que abarcan también emociones, pensamientos y conductas. El método científico es otro punto importante para destacar del modelo cognitivo, ya que se requiere de la investigación de procesos y resultados terapéuticos, además que está presente también en los modelos teóricos propuestos en psicopatología y psicoterapia.

Uno de los hechos más destacables en el surgimiento del modelo cognitivo, es la publicación en 1963 de *Razón y emoción en psicoterapia*, del psicólogo estadounidense Albert Ellis, y la publicación en el mismo año de *Thinking and depression* del psiquiatra estadounidense Aaron Beck.

Las terapias cognitivas-conductuales comparten las siguientes características (Becoña, 2004):

- a. Las personas responden a sus propias representaciones cognitivas sobre el acontecimiento, más que a la realidad de ese acontecimiento.
- b. El aprendizaje es cognitivo
- c. La cognición interrelaciona las variables afectivas y conductuales.
- d. La cognición puede ser monitoreada.
- e. La cognición puede ser alterada.

- f. Al alterar esa cognición, podemos cambiar los patrones de disfunción en el cambio emocional y conductual.
- g. Toda intervención debe integrar cambios en lo cognitivo y lo conductual.

Las principales terapias cognitivas que se emplean actualmente son:

1. Terapia racional emotiva de Albert Ellis (1912-2007), creador del esquema ABC, donde A, es el evento activante, B son las creencias del individuo sobre el evento activante, y C son las consecuencias conductuales y emocionales de las creencias. En esta terapia, el cambio (D) se genera al confrontar las creencias irracionales. Este tipo de terapia se aplica en diversos trastornos, como ansiedad, depresión y adicciones (Becoña, 2004).

2. Terapia cognitiva de Aaron Beck (1921-2021), esta terapia, usada principalmente para algunos tipos de depresión, se centra en detectar cogniciones erróneas y modificarlas para poder procesar de manera adecuada la realidad, de este modo se puede cambiar la triada cognitiva que es la visión de sí mismo, sus experiencias y su futuro. Para Beck, la emoción juega un papel importante en la relación terapéutica (Becoña, 2004).

3. Terapia de solución de problemas. Esta terapia, enfocada a la solución de problemas sociales, se aplica por medio de un entrenamiento secuencial de distintas fases en los que profundiza en situaciones hipotéticas y problemas que el sujeto soluciona simbólicamente, dando poco a poco lugar a los problemas reales de la persona (Becoña, 2004).

*Modelos Sistémicos.*

Los modelos sistémicos se aplicaron originalmente en la terapia familiar, sin embargo, actualmente su uso en terapia individual y de parejas es ampliamente conocido. Los modelos sistémicos tienen su origen en la Teoría General de Sistemas que aparece en la década de los años 40 del siglo pasado, con el objetivo de cubrir los fenómenos que los planteamientos científicos no podían abarcar, de acuerdo con esta teoría, cada miembro de la familia que presenta el síntoma se considera como la disfunción familiar sistémica, y el cambio en el individuo, genera un cambio en su estructura familiar. Los tratamientos en este modelo casi siempre son cortos y manejan un número limitado de sesiones. Algunos recursos de los modelos sistémicos son: la reformulación, que pretende introducir en un nuevo contexto los mismos hechos para que puedan explicarse de un modo alternativo, asimismo se emplea la resistencia al cambio, como una forma de intervención paradójica. Otro procedimiento común en las terapias sistémicas es la prescripción de tareas que la familia debe seguir. El enfoque sistémico de los problemas clínicos resulta indicado para casos en los que otros enfoques ya han fracasado (Freixas & Miro, 1994).

Una vez revisadas las características de las principales aproximaciones terapéuticas, es menester continuar con la revisión de las variables que interactúan dentro del proceso terapéutico.

La contribución de clientes y terapeutas en el proceso terapéutico es la clave para el éxito o fracaso de esta. Cliente y terapeuta forman un equipo, el terapeuta adapta los tratamientos a las necesidades y características del paciente, independientemente del enfoque terapéutico, buscando crear una buena relación terapéutica, para aplicar las técnicas del cambio (Rodríguez, 2015).

Safrán (1994, como se citó en Rodríguez, 2015), analizó la investigación en psicoterapia y concluyó que un 45% del cambio que sucede en terapia es atribuible a la relación terapéutica y que el 15% restante se adjudica a factores específicos. Del estudio de estas variables

inespecíficas, se deduce que la relación terapéutica, en particular, tiene gran influencia sobre el éxito o fracaso en el proceso terapéutico. A continuación, se presentan cada una de las variables que pueden influir en el proceso terapéutico.

### **Variables del consultante.**

Son variables preexistentes de la persona que asiste a terapia, y pueden favorecer la predicción del resultado en psicoterapia, Krause (1992), identifica cinco condiciones previas al comienzo de la terapia que son relevantes para que haya un cambio en el consultante:

1. Conocimiento de los propios límites.
2. Aceptar la necesidad de ayuda.
3. Cuestionarse los modelos explicativos personales.
4. Transformar la forma de conceptualizar los propios problemas en favor de las metas de la terapia.
5. Expectativas del consultante en cuanto al papel del terapeuta, su rol personal y la estructura de la relación de ayuda.

Además de éstas, también se han tomado en cuenta otros factores como las variables sociodemográficas donde se pueden identificar el género, edad, incluso el nivel socioeconómico. Otra variable refiere al diagnóstico clínico, es necesario acotar que el éxito o fracaso depende del tipo de problema y su complejidad, además de que, en enfoques como el humanista, el diagnóstico no es fundamental, sin embargo, para otros paradigmas, el diagnóstico establece la ruta de intervención a seguir.

También las creencias y expectativas acerca de la terapia, del terapeuta, de las técnicas, la duración del tratamiento, así como las creencias relacionadas con los beneficios que pueda obtener en el proceso terapéutico son fundamentales para el pronóstico del tratamiento.

Finalmente, la disposición positiva al tratamiento y al cambio favorece el logro de resultados exitosos (Santibáñez et al., 2008).

### **Variables del Terapeuta.**

Según Winkler (1989, como se citó en Santibáñez et al., 2008) los aspectos más relevantes del terapeuta a considerar son: personalidad, actitud, habilidades, experiencia y su propio bienestar emocional. Al respecto, Badós (2011) añade las siguientes:

- *La escucha activa*, la cual es un elemento fundamental de la empatía.
- *Empatía*, que es la capacidad de comprender a las personas desde su propia perspectiva; y saber comunicarse con la persona de forma comprensiva.
- *Aceptación incondicional*, que es aceptar al paciente tal como es, valorar la dignidad de la persona.
- *Autenticidad*, implica ser uno mismo, saber comunicar sentimientos y experiencias internas.
- *Cordialidad*, que es expresar, tanto verbalmente como no verbalmente el interés por el cliente sabe expresar ánimo y aprobación.
- *Competencia*. Es la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente a resolver los motivos de consulta y mejorar la autoconfianza.
- *Confianza*, es la percepción que tiene el cliente hacia el terapeuta, debe saber que no lo engañará o perjudicará.
- *Atracción*. El terapeuta muestra amabilidad y cordialidad y el cliente infiere alguna similitud hacia él.
- *Grado de directividad*. Es la forma de proporcionar instrucciones, de dar información, de retroalimentar al cliente. El terapeuta ofrece la ayuda necesaria, con estructura, delimita tareas, anima al paciente, y lo desafía amablemente. Tanto el déficit

de dirección como el exceso de esta son contraproducentes para los objetivos terapéuticos.

### **Relación Terapéutica.**

También denominada Alianza terapéutica, que se explica a través de tres componentes: un vínculo, los acuerdos acerca del objetivo de la terapia y finalmente concordar en las tareas a realizar. En primer lugar, el vínculo es la red de elementos inmersos en la relación que se determina por aspectos como confianza, empatía y aceptación. En segundo lugar, el objetivo de terapia se refiere al acuerdo entre psicoterapeuta y paciente sobre qué se pretende alcanzar en la terapia. En tercer lugar, las tareas por realizar estarán determinadas por el método elegido según los objetivos planteados. De esta manera, si existe una adecuada relación terapéutica, el paciente comprende la importancia de las tareas y acepta con gusto la responsabilidad que implica realizarlas (Betancur et al., 2019).

Por otro lado, Andrade (2005) afirma que la alianza terapéutica es un buen predictor de los resultados en el proceso terapéutico, independientemente de la aproximación teórica utilizada, además de que en este proceso intervienen un conjunto de variables moderadoras, que involucran:

- a. Variables del paciente, como severidad de los síntomas, tipo de problema, relaciones objetales y conductas de apego.
- b. Variables del terapeuta, como habilidades interpersonales, empatía, capacidad de comunicar, calidez, actitudes, experiencia y formación.
- c. Variables de la interacción, que implican la colaboración entre el paciente y el terapeuta, hasta alcanzar cierta complementariedad.

El proceso terapéutico puede tener diferentes desenlaces, por un lado, ser exitoso y continuar hasta lograr los objetivos propuestos al inicio, o por otro lado puede verse interrumpido

el proceso, pero retomarse en otro momento de la vida del consultante o finalmente se puede abandonar definitivamente sin llegar a una conclusión formal del proceso. Esta última forma de desenlace llama la atención a la comunidad psicológica, por ello se explica y retoma a continuación.

El abandono o deserción terapéutico es un problema bastante común, Gavino & Godoy (1993) consideran que existe un abandono de terapia cuando un individuo opta por interrumpir el proceso terapéutico antes de alcanzar el o los objetivos propuestos. Este abandono puede darse de varias formas:

- a)** El paciente deja el tratamiento sin avisar al terapeuta
- b)** El paciente interrumpe el tratamiento, pero le comenta al psicólogo su intención de abandonar la terapia
- c)** Tanto paciente como terapeuta están conformes con el hecho de suspender el tratamiento.

Entre las causas para abandonar la terapia psicológica que mencionan Gavino & Godoy (1993), prevalecen las siguientes:

- El motivo de la consulta deja de ser importante.
- Recibió un consejo y desea cambiarse de profesional terapéutico, de corriente o de postura teórica.
- Alguno de los implicados cambia su domicilio.
- El paciente está desmotivado con la terapia.
- Existe un incumplimiento de las instrucciones dadas por el terapeuta.
- El paciente tiende a relativizar el problema que enfrenta.
- El individuo considera que existe una tardanza en alcanzar los objetivos propuestos.
- El paciente se rehúsa a abordar algunos temas.

- Existe una falta de “rapport” entre individuo y terapeuta.

En opinión de Freire (1986, como se citó en Rondón et al., 2009), el tipo de trastorno y sus características también pueden determinar la adherencia o el abandono a la terapia, además, afirma que las necesidades que implican algún riesgo importante generan mejor adherencia al tratamiento y a las indicaciones del terapeuta. Se ha demostrado que cuando el paciente acude voluntariamente y por iniciativa propia a terapia, es mejor la adherencia al tratamiento, ya que su percepción de necesidad es mayor.

Sirvent (2009) describió que existen factores, actitudes y variables que pueden predecir el abandono de la terapia. Estas variables poseen una gran importancia desde una perspectiva clínica e individual de cada paciente.

En una investigación sobre abandono de los tratamientos psiquiátricos y psicológicos realizada en Venezuela por Jo y Almao (2002), se encontró que el tema ha sido poco abordado desde la perspectiva terapéutica y que las tendencias mundiales arrojan que entre un 25 a 50% de la deserción del total de consultantes es mucho mayor a la deserción en otras disciplinas de salud. Entre los factores que pueden provocar el abandono encontraron las creencias culturales acerca de la enfermedad o la falta de información acerca del proceso o del tratamiento.

En algunos estudios realizados en Latinoamérica y en Europa, la deserción alcanza un 63% de los consultantes dentro de los tres meses después de haber iniciado la terapia. (Alcázar, 2007). En México, de acuerdo con Rondón (2009), los pacientes acuden a tres sesiones en promedio, lo cual resulta insuficiente para el éxito de cualquier terapia. En este mismo estudio se encontró relación entre abandono y edad o estado civil, siendo los consultantes con edades extremas (vejez, niñez), adolescencia y soltería, los más propensos a la deserción. También en este estudio se menciona la falta de tiempo como un motivo de abandono terapéutico.

Dentro de los trastornos con alto índice de abandono terapéutico podemos mencionar los relacionados con la personalidad, específicamente de tipo límite (Jo & Almao, 2002).

Con respecto a las características del terapeuta, la poca experiencia, los titubeos o una actitud desagradable genera desconfianza e insatisfacción en el consultante, lo cual es motivo de abandono en muchos casos. (McNeill et al., 1987, como se cita en Rondón, 2009). Además, la empatía generada en la terapia refuerza la alianza terapéutica, por tanto, crear un vínculo efectivo beneficia los resultados finales del tratamiento, independientemente del diagnóstico y el enfoque teórico que se haya elegido para el tratamiento. A este respecto, el ambiente, la disponibilidad, y las características del consultante pueden afectar o modificar el éxito de las técnicas utilizadas. (Corbella & Botella, 2003).

### **Estudios relacionados con adherencia o abandono a la terapia psicológica.**

El abandono a la terapia psicológica es hasta cierto punto un problema común, Jo y Almao de Venezuela realizaron un estudio en el 2002 sobre abandono de los tratamientos en psiquiatría y psicología clínica, estudiaron 191 participantes que reportaron haber acudido a consulta entre enero y junio de 2001, el resultado fue una deserción del 30.9% de los pacientes y un 44% que únicamente se presentó al triaje. Los padecimientos predominantes entre los asistentes de este estudio que abandonaron el tratamiento fueron en primer lugar el trastorno adaptativo con un 34%, en segundo lugar, el trastorno depresivo con un 18%, en tercer lugar, problemas conyugales con un 14%, y en cuarto lugar trastorno explosivo intermitente con un 3.7%. Las enfermedades médicas, el tipo de tratamiento y otros estresores se asociaron al abandono de la terapia.

Por su parte, Swift y Greenberg (2012) realizaron un metaanálisis para identificar la tasa de abandono del tratamiento y predecir su ocurrencia. La tasa ponderada de abandono fue de 19.7%, esto es, 1 de cada 5 individuos deja de ir a terapia. La edad y el diagnóstico clínico fueron

las variables que se encontraron consistentemente en todos los estudios y que pueden predecir el abandono. Los clientes con trastorno de personalidad y desórdenes alimenticios fueron más propensos al pronto término de la terapia. Los hallazgos más relevantes de este estudio es que el modelo teórico no influye en las tasas de abandono, pero que la experiencia del terapeuta si influye, los terapeutas más experimentados tienen menores tasas de deserción (17.2% vs 26.6%). Esto coincide con el estudio realizado en Santiago de Chile a un grupo de 188 pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad, los resultados arrojaron que hasta 3 de cada cuatro sujetos abandonaron la terapia antes de que el terapeuta les conceda el alta y que los terapeutas con mayor experiencia contaban con el mayor índice de adherencia a psicoterapia. (Krebs et al., 2012).

En un estudio conducido en Bogotá entre 2007 y 2008 en la Unidad de Servicios Psicológicos de la Universidad Católica de Colombia, Moreno et al. 2012, identifican que la principal causa de abandono a la psicoterapia se debe a problemas económicos. A este respecto, un estudio reciente conducido por Bugatti et al. (2023), en el que se examinaron algunas variables que predicen el abandono temprano de la terapia, se encontró que un alto costo de la primera sesión estaba asociado a altas tasas de abandono, contrario a costos elevados en sesiones posteriores.

La motivación para recuperarse suele ser un indicador para permanecer en psicoterapia, sin embargo, en padecimientos como los trastornos alimentarios, suele no estar presente tal motivación, aunado a la escasa efectividad del tratamiento, presentando una tasa de deserción inicial del 20% de abandono precoz y de un 72% de abandono tardío en pacientes con algún trastorno alimentario (Vellisca et al., 2016).

En el caso del tratamiento de adicciones, la deserción terapéutica tiene sus propias características. Sirvent et al. (2020) presentan en el Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,

psicología y enfermería en salud mental de 2020 los resultados de un estudio conducido en 2013 dando seguimiento a 337 pacientes diagnosticados de trastorno por abuso de sustancias, que abandonaron la terapia durante el primer mes de tratamiento, las causas generales fueron: deseos de consumo, falta de conciencia del programa, sentimientos adversos, desmotivación, sentimientos de autosuficiencia, alguna otra psicopatología y otros factores. Los más vulnerables fueron los pacientes más jóvenes y solteros.

Los índices de deserción terapéutica son altos y los motivos muy variados, desde el entorno familiar y social, las capacidades del terapeuta, el costo que implica, la falta de rapport, entre otros. Sin embargo, un motivo implícito que no se aborda en los estudios mencionados es la personalidad del paciente y su estrategia de afrontar los problemas. Los estilos y estrategias de afrontamiento son los recursos que utiliza el paciente para implementar el cambio conductual que la terapia requiere. (Lazarus & Folkman, 1991)

En recientes estudios se sugiere que otros factores pueden predecir la adhesión a la terapia, como por ejemplo el realizado por Black (2018) en Australia, en el cual describe que existen más terapeutas de sexo femenino que masculino y que de igual forma las consultantes son en su mayoría mujeres, lo que sugiere que las personas buscan similitudes en sus terapeutas. Y el estudio de Anestis et al. (2021) quienes encontraron que, en los casos de mayor adherencia a la terapia, existe congruencia entre la personalidad del terapeuta y del consultante, lo cual confirma los hallazgos de Coleman (2006) que al aplicar el inventario de personalidad de cinco factores encontraron similitud de personalidad global entre terapeuta y cliente.

En los estudios relacionados con el abandono de terapia, se han identificado variables que tienen que ver con el terapeuta, con el paciente o con aspectos del proceso. Entre las variables que tienen que ver con el consultante encontramos el afrontamiento.

## Afrontamiento

Los enfoques tradicionales de afrontamiento surgieron de dos literaturas distintas, experimentación animal y modelo psicoanalista, Lazarus y Folkman (1991) desplazan esos conceptos tradicionales y definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). Esta definición se sustenta en los siguientes puntos:

- El afrontamiento como proceso implica un continuo cambio, y en cada situación se presenta de forma específica, de ahí que no pueda ser considerado rasgo.
- El afrontamiento se mide por el esfuerzo realizado, no tanto por los resultados.
- La demanda del esfuerzo propicia que se excluyan las conductas automáticas.
- Es un proceso multidimensional, ya que las personas utilizan gran variedad de estrategias en el afrontamiento.

Por su parte Everly (1989, como se citó en Díaz et al. 2000) define al afrontamiento "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales"

Para ambos autores, el afrontamiento se define como un esfuerzo que implica un cambio en la conducta, que impulsa a la persona a la toma de decisiones y a adaptarse a diferentes situaciones.

Lazarus y Folkman (1991) trataron de agrupar las conductas del afrontamiento, distinguiendo entre:

1. Estrategias centradas en la acción, encargadas de manejar el problema que causa malestar.
2. Estrategias centradas en la emoción, enfocadas en la emoción que causa la situación.

Lazarus y Folkman (1991) abordaron no sólo el enfoque para estudiar el afrontamiento, también crearon un cuestionario de evaluación denominado Ways of Coping Checklist (WCC) que contenía los rasgos básicos que caracterizan a los demás cuestionarios de afrontamiento (Moix, 1990, como se citó en Galán, 2001). Estos rasgos son:

- Cada cuestionario está diseñado para contestarse en alguna situación estresante específica.
- Cuestionan el pensamiento de las personas ante determinada situación y no acerca de lo que piensa normalmente
- No se limita a estrategias efectivas
- El afrontamiento es considerado un constructo multidimensional

### *Modelos de afrontamiento.*

Es preciso diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. De acuerdo con Fernández-Abascal (1997), los estilos se refieren a una forma de preferencia individual para responder a las situaciones, en tanto que las estrategias, se emplean en un contexto específico y aluden a un proceso en concreto para esa situación, de tal manera que pueden variar dependiendo de cuál sea la mejor manera de afrontar cada evento.

Desde esta perspectiva se puede categorizar al afrontamiento en dos dimensiones básicas de acuerdo con el *método utilizado*, según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación y si se refiere a la forma de *focalización de la respuesta* se dividiría en dirigido al problema o a la emoción (Moos & Billings, 1986; como se cita en Martín et al., 2000).

Aunado a lo anterior, Feuerstein et al. (1986, como se cita en Martin et al., 2000) añaden una tercera dimensión que puede ser conductual o cognitiva, atendiendo a la *naturaleza de la respuesta*.

Por su parte, Endler y Parker (1990) proponen una clasificación diferente del afrontamiento e identifican tres dimensiones básicas, el afrontamiento orientado a la tarea, el afrontamiento orientado a la evitación y el afrontamiento orientado a la emoción, estas estrategias son utilizadas independientemente del estresor y elaboraron un Inventario Multidimensional de Afrontamiento para su medición.

### *Instrumentos para medir el afrontamiento*

A continuación, se describen cuatro instrumentos que se emplean comúnmente para medir el afrontamiento.

*En primer lugar, el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)*, consiste en un autoinforme que evalúa siete estilos básicos de afrontamiento: a) afrontamiento enfocado en la solución del problema, b) auto focalización negativa, c) reevaluación positiva, d) expresión emocional abierta, e) evitación, f) búsqueda de apoyo social, y g) religión. Cada estilo de afrontamiento es un factor dentro del instrumento y se reporta un coeficiente Alpha Cronbach para cada factor que oscila entre 0.64 y 0.92 con una confiabilidad media de 0.79 (Sandín & Chorot, 2003).

*En segundo lugar, la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).* Propuesta por Frydenberg y Lewis, su objetivo es conocer las estrategias de afrontamiento en adolescentes de entre 12 y 17 años. Consta de 79 ítems de tipo cerrado y uno abierto, separados en 18 subescalas que corresponden a los estilos: afrontamiento productivo, afrontamiento no productivo y orientado a otros, los ítems se valoran en la escala de Likert de 5 puntos según la frecuencia en que se registra la conducta de afrontamiento. Existen dos formas de calificación, una se centra en el afrontamiento específico, y la otra en el afrontamiento en general. La consistencia interna Alpha Cronbach para cada subescala varía entre 0.50 y 0.75. Estas 18 subescalas están constituidas por un número desigual de ítems, por lo que se requiere un ajuste para calificar cada subescala (Viñas et al., 2015).

*En tercer lugar, el Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos de Moos, 1993, Adaptación de Mikulic, 1998. (CRI).* Este inventario fusiona dos perspectivas, la primera es que evalúa la orientación o foco de afrontamiento ya sea de aproximación o de evitación, la segunda es que evalúa el método del afrontamiento por el tipo de respuesta ya sea cognitivo o conductual. Es decir, el afrontamiento por aproximación refleja el esfuerzo cognitivo y conductual por resolver o enfrentar los estresores, el afrontamiento por evitación se centra en la emoción, y refleja la intención de evitar pensar en los estresores y sus implicaciones, o para evitar el manejo de dicho estresor. El inventario de Moos adaptado por Mikulic consiste en 48 ítems, que evalúan 8 tipos de respuestas de afrontamiento: a) análisis lógico (AL), b) positiva (R), c) búsqueda de orientación y apoyo (BA), d) resolución de problemas (RP), e) evaluación cognitiva (EC), f) aceptación – resignación (A), g) búsqueda de gratificaciones alternativas (BG), y h) descarga emocional (DE). Las respuestas van en función de un problema o estresor, utilizando una escala tipo Likert con opciones de respuesta entre nunca y muchas veces. Este instrumento reporta una consistencia Alpha Cronbach de 0.85 (Mikulic et al., 2008)

Finalmente, *el CSI Coping Strategy Inventory*, (Cano et al., 2007). Este inventario creado por Tobin et al., (1989) consistía en una escala de 72 ítems que medía 8 subescalas: autocrítica, resolución de problemas, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social. Cano et al. (2007) hacen una revisión a este cuestionario dejando una nueva versión de habla hispana que consiste en 40 ítems, que mantiene las 8 subescalas y recoge dos tipos de información: una, cualitativa, que consiste en obtener información de un evento estresante, y otra, cuantitativa, donde por medio de una escala de Likert se responde a la frecuencia con que se usan las determinadas estrategias de afrontamiento según el grado de eficacia percibida. Esta nueva versión reducida de 40 ítems mantiene una consistencia interna y validez convergente adecuada.

Se considera utilizar este cuestionario ya que cuenta con buenas propiedades psicométricas, es breve, sencillo de aplicar y corregir. Es versátil y proporciona información basta y suficiente para los fines de este estudio.

#### *Estudios relacionados con Estrategias de Afrontamiento.*

Para evaluar el afrontamiento, el CSI Coping Strategy Inventory (Cano et al., 2007) se ha empleado para relacionarlo con distintos fenómenos o variables, por ejemplo, durante la pandemia por COVID-19, Sofa et al. (2020) condujeron una investigación que buscó relacionar las estrategias de afrontamiento con el bienestar psicológico durante el confinamiento en la zona de Yakarta, Indonesia. De las 222 personas que participaron en el estudio, la estrategia de afrontamiento centrado en la emoción obtuvo un 99.1%, es decir, la gente era más propensa a enfrentar los problemas mediante la regulación de las emociones en lugar de buscar la resolución de problemas (afrontamiento centrado en el problema). Los autores concluyen que predominaba una sensación de impotencia para controlar los problemas derivados del coronavirus.

En México, dicho instrumento fue utilizado para conocer algunas situaciones de estrés laboral en el ambiente médico. Gómez, (2021) realizó una investigación con una muestra de 26 médicos residentes de Ciudad de México, utilizando el Inventario de Estrés de Wolf para profesionales de la salud y el CIS para conocer las estrategias de afrontamiento. El resultado de dicho estudio indica que las estrategias de afrontamiento más utilizadas para reducir el estrés son aquellas centradas en el problema.

En el ámbito escolar, Elizalde (2010) preparó una investigación en la que buscaba identificar las estrategias de afrontamiento que presentaban 130 profesores de escuelas secundarias del sector privado en la ciudad de México, ante situaciones de bullying, aplicando el instrumento CSI. Los resultados fueron muy variados. Encontró que las mujeres utilizaban más la estrategia de apoyo social que busca brindar información, solidaridad, auxilio y protección al alumnado, además que ayuda a disminuir el estrés en las víctimas. Por otro lado, los profesores que habían recibido información previa sobre el tema tenían un índice más alto de respuesta del afrontamiento dirigido a la resolución del problema.

La variedad de usos que se le da al cuestionario de estrategias de afrontamiento CSI es amplia, sin embargo, hay pocas investigaciones que relacionen las estrategias de afrontamiento con la terapia psicológica. Un estudio realizado en Montreal, Canadá (Bourdon et al., 2019) estuvo enfocado en examinar la asociación entre las creencias disfuncionales de personalidad previas a la terapia y las estrategias de afrontamiento antes y después de una terapia cognitivo conductual en individuos que asistían a consulta por estrés postraumático. Durante la terapia se buscó hacer cambios en las estrategias de afrontamiento de estas personas. Los autores encontraron relación entre los trastornos de personalidad y el afrontamiento por evitación, antes, durante y después de la terapia, sin embargo, las creencias relacionadas con el estrés postraumático tienden a cambiar a través de la terapia, así mismo encontraron relación entre

creencias centrales y las estrategias de afrontamiento. El afrontamiento evitativo demostró estar relacionado con los síntomas y la disfunción causada por el Trastorno de Estrés Postraumático.

Como se puede observar en los estudios anteriores el uso del CSI fue útil para identificar las diferentes estrategias de afrontamiento en cada una de las muestras evaluadas, lo cual es indicativo de que el instrumento permite discriminar las estrategias de afrontamiento de forma adecuada.

Hasta donde se sabe, no hay estudios previos que relacionen ni que identifiquen las estrategias de afrontamiento con el abandono o permanencia una vez iniciada la terapia psicológica. Por eso, este trabajo busca identificar los motivos que se reportan con más frecuencia en personas que abandonaron la terapia y contrastar las estrategias de afrontamiento en quien abandona y quien continúa con la terapia.

Por tanto, las ***preguntas de investigación*** que conducen el presente trabajo son las siguientes.

¿Cuáles son los motivos de abandono más frecuentes que reportan los adultos mexicanos en terapia psicológica?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de quienes están o abandonan la terapia psicológica?

¿Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento entre los adultos mexicanos que abandonan y los que continúan en terapia?

¿Qué características sociodemográficas son diferentes en los adultos que abandonan en contraste con los que no abandonan la terapia psicológica?

## **Objetivo General**

Identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento que usan los adultos que abandonan la terapia en contraste con los que siguen en terapia.

### *Objetivos Específicos*

1. Identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento en los adultos que abandonan en contraste con los que no abandonan la terapia psicológica
2. Caracterizar los motivos principales de abandono de terapia psicológica en un grupo de adultos mexicanos.
3. Identificar si existe diferencias en la distribución de variables sociodemográficas de los adultos que abandonan en contraste con los que no abandonan la terapia psicológica.

### *Hipótesis.*

H1 Existen diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento de las personas que abandonan y las que continúan en terapia.

H2 Existen motivos característicos de abandono de terapia psicológica en un grupo de adultos mexicanos.

H3 Existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de variables sociodemográficas de los adultos que abandonan en contraste con los que no abandonan la terapia psicológica.

## Método

### *Participantes.*

Adultos entre 23 y 55 años. De los participantes, 49 (79%) son mujeres, 12 (19.4%) son hombres y un participante prefirió no decir su sexo. La media de edad es de 40 años con una desviación estándar de 7.87. El 89% cuenta con carrera universitaria, 25 personas son solteras, 26 casadas y 11 viven en unión libre. De todos ellos, el 70% tiene hijos y el resto no. Entre las ocupaciones de las personas encuestadas tenemos un 63% de personas que trabajan, 31% estudian y 6% se dedican al hogar.

### *Criterios de inclusión.*

Los criterios de inclusión para este estudio son: adultos que hayan tomado terapia psicológica alguna vez y que sepan utilizar medios tecnológicos pues el requisito es responder un formulario en Google. Los criterios de eliminación consisten en excluir a todos aquellos que no contesten totalmente el formulario.

### *Selección de la muestra.*

Se utiliza un tipo de muestreo de por conveniencia. Según Cuesta, (2009) esta técnica de muestreo se caracteriza porque no resulta de una selección aleatoria, ya que, los participantes en este tipo de muestreo se seleccionan según su accesibilidad, o a criterio del escrutador.

### *Tipo de estudio.*

Descriptivo, ya que, según Hernández et al., (2014), en este tipo de estudio se selecciona una serie de cuestiones y se miden, es decir, este tipo de estudios busca especificar las propiedades del fenómeno que se quiere describir.

### *Diseño de investigación.*

No experimental, ya que, como menciona Hernández et al., (2014) en este tipo de investigación no se manipula ninguna variable independiente, únicamente se observa el fenómeno en un contexto natural para analizarlo posteriormente. Es de tipo transeccional o transversal, pues se realizará una sola medición en el tiempo.

### *Instrumentos.*

Para identificar algunas variables relacionadas con la terapia psicológica y con las características de los participantes se creó exprofeso un cuestionario en la plataforma Google Forms. En la misma plataforma se transcribe el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), creado a partir de los autores Folkman y Lazarus, publicado por Tobin et al en 1989, y modificado para habla hispana por Cano et al. (2007), con el propósito de medir las estrategias de afrontamiento por medio de 40 preguntas con opción de respuesta en escala tipo Likert que van de nunca a siempre, y permite identificar 8 estrategias de afrontamiento que son: (a) resolución de problemas, (b) reestructuración cognitiva, (c) apoyo social, (d) expresión emocional, (e) evitación de problemas, (f) pensamiento desiderativo, (g) retirada social, (h) autocrítica.

### **Procedimiento.**

Se elaboraron 6 preguntas sociodemográficas donde se exploraba: el sexo, la edad, el nivel de estudios, su estado civil y cantidad de hijos. Y siete preguntas relacionadas con los datos de terapia psicológica de los participantes, que apuntaban a conocer cuánto tiempo duró la terapia, que corriente psicológica se utilizó, cual fue el motivo de consulta y el motivo de abandono de la terapia.

En la misma plataforma se transcribe el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), en su modificación para habla hispano de Cano et al. (2007).

Se añadió un consentimiento informado donde se les pregunta a las personas si están dispuestos a participar, enfatizando que las respuestas son confidenciales y que su uso es meramente con fines de investigación.

Este formulario se dio a conocer por medio de redes sociales, haciendo una invitación masiva a participar por medio de un enlace. El tiempo promedio que toma contestar este formulario es de 15 minutos. Una vez obtenidas las respuestas de los participantes, se transcribe en una hoja de Excel, creando así la base de datos que dará pie al análisis estadístico por medio de SPSS.

## **Resultados.**

El objetivo de este estudio fue comparar los puntajes de afrontamiento de los adultos en función del abandono o continuación en terapia, por tanto, para efectos de la presentación de este apartado, los resultados se describirán de la siguiente manera: primero se detallan los datos referentes a la terapia que se recuperaron de la muestra, posteriormente se exponen los puntajes del Inventario de Estrategias de Afrontamiento CIS, mostrando por separado los datos de las personas que abandonaron la terapia y de los que no abandonaron la terapia. Finalmente se muestra el análisis de resultados de la comparación entre ambos grupos.

Para comenzar, con respecto a los datos referentes a la terapia, de los 62 participantes encuestados, la corriente terapéutica del proceso terapéutico que refieren con mayor frecuencia es cognitivo conductual con un 42%, seguida por la corriente humanista con un 11%. Los motivos de consulta más frecuentes son por cuestiones familiares, de pareja, duelo y ansiedad. La mayor proporción de los participantes reporta más de siete sesiones. Al preguntar por los motivos de abandono de terapia se identificó que un tercio de ellos si terminaron adecuadamente su proceso terapéutico y que un 16% continúa en terapia, estas dos categorías se conjuntaron para crear el grupo de personas que no abandonaron deliberadamente la terapia. De los que abandonaron se

pueden observar tres motivos con mayor porcentaje, el costo, el tiempo y la importancia del motivo de consulta. Los datos completos pueden verse en la tabla 1.

**Tabla 1.**  
*Frecuencias de variables referentes a la terapia*

		Frecuencia	Porcentaje
Corriente Teórica	Cognitiva conductual	26	42%
	Sistémica	2	3%
	Humanista	7	11%
	Psicoanálisis	5	8%
	Gestalt	5	8%
	No recuerda	12	19%
	Otra	5	8%
Motivo de Consulta	Cuestiones familiares	9	15%
	Cuestiones con mi pareja	9	15%
	Por un duelo	9	15%
	Problemas de ansiedad	9	15%
	Depresión	7	11%
	Adicciones	1	2%
	Autoestima	2	3%
	Estrés postraumático por algún evento	3	5%
	Desórdenes alimenticios	1	2%
	Dificultad para relacionarse con los demás	2	3%
	Otro	10	16%
Núm. de Sesiones	1 a 3 sesiones	9	15%
	4 a 6 sesiones	13	21%
	Más de 7 sesiones	40	65%
Motivos por que dejó de ir a terapia	Terminó mi tratamiento	19	31%
	Por decisión del terapeuta	4	6%
	El motivo de consulta ya no me preocupa	6	10%

Cambié de terapeuta	1	2%
Tardanza en conseguir los objetivos	5	8%
Negación a tocar algunos temas	1	2%
Costo de la terapia	7	11%
Ya no tuve tiempo de asistir	9	15%
Actualmente sigo en terapia	10	16%

Cumpliendo el siguiente objetivo se hizo un análisis de las características de las personas de ambos grupos, se clasificó a las personas en dos grupos, los que reportan haber abandonado la terapia y aquellos que no abandonaron y terminaron exitosamente su tratamiento o continúan recibiendo. Para fines de este estudio, se denomina a los participantes que terminaron adecuadamente y a los que siguen en terapia, como “personas que no abandonaron terapia”.

**Tabla 2.**

*Distribución de frecuencias de Datos sociodemográficos*

Grupo	Sexo	Ocupación	Estado civil	No. de hijos	Nivel de estudios
Abandonaron terapia	Hombre 4 (12%)	Estudia 6 (18%)	Soltero 8 (24%)	No tiene, 8 (24%)	Preparatoria 2 (9%)
	Mujer 28 (85%)	Trabaja 23(70%)	Casado 21 (64%)	1 hijo, 9(27%)	Universidad 27 (82%)
	Sin referencia 1 (3%)	Hogar 4 (12%)	Unión libre 4 (12%)	2 hijos, 12 (36%) 3 hijos, 3 (9%) 6 hijos, 1 (3%)	Posgrado 2 (9%)
No abandonaron terapia	Hombre 8 (28%)	Estudia 12 (45%)	Soltero 17 (59%)	No tiene 11 (38%)	Preparatoria 4 (14%)

Mujer 21 (72%)	Trabaja 16 (55%)	Casado 5 (17%)	1 hijo, 10 (34%)	Universidad 18 (62%)
		Unión libre 7 (24%)	2 hijos, 5 (17%)	Posgrado 7 (24%)
			3 hijos, 1 (3%)	
			4 hijos, 2 (7%)	

Como puede verse en la tabla 2, las personas que abandonaron la terapia son mujeres, personas que trabajan, que son casadas y con hijos, y su nivel de estudios en mayor proporción es de nivel licenciatura. En contraste con los que no abandonaron, encontramos que el porcentaje de estudio y trabajo es muy similar, en tanto que para el estado civil el porcentaje es mucho más alto en la condición de solteros y que no tiene hijos, aunque el nivel de estudios se mantiene muy similar y es de nivel superior. Al realizar la descripción de frecuencias en ambos grupos se identificaron diferentes proporciones en el estado civil, por tanto, se decidió realizar una Chi cuadrada para determinar si existían diferencias entre las personas solteras y casadas y el abandono de terapia, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 7.327$ ,  $gl = 1$ ,  $p < 0.01$ ).

Para cubrir el objetivo de las características de las personas que abandonaron y las que no abandonaron la terapia con respecto a las estrategias de afrontamiento, en este apartado se explican los puntajes del CSI, estos se clasificaron en tres niveles para conocer el nivel de respuesta en cada una de las estrategias de afrontamiento.

**Tabla 3.**  
*Distribución por nivel de afrontamiento*

			Resolución de Problemas	Autocrítica	Expresión Emocional	Pensamiento Desiderativo	Apoyo Social	Reestructuración cognitiva	Evitación de Problemas	Retirada Social
	Nivel	Puntaje	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Abandonaron terapia	Alto	15-20	14 (42%)	3 (9%)	8 (24%)	15 (45%)	8 (24%)	4 (12%)	1(3%)	2 (6%)
	Medio	8-14	15 (45%)	9 (27%)	14 (42%)	10 (30%)	13 (39%)	19 (58%)	10 (30%)	5 (15%)

	Bajo	0-7	4 (12%)	21 (64%)	11 (33%)	8 (24%)	12 (36%)	10 (30%)	22 (67%)	26 (79%)
Media			13.27	6.76	10.33	12.39	10.18	10.12	6.09	6.42
Desv. est.			4.81	4.98	4.90	5.86	5.56	4.35	4.13	3.91
No	Alto	15-20	14 (48%)	4 (14%)	11 (38%)	15 (52%)	9 (31%)	7 (24%)	2 (7%)	4 (14%)
Abandonaron	Medio	8-14	12 (41%)	12 (41%)	17 (59%)	8 (28%)	11 (38%)	17 (59%)	5 (17%)	7 (24%)
Terapia	Bajo	0-7	3 (10%)	13 (45%)	1 (3%)	6 (21%)	9 (31%)	5 (17%)	22 (76%)	18 (62%)
Media			14.07	8.45	12.41	13.14	11.55	11.45	5.79	7.00
Desv. est.			4.24	6.13	4.14	6.13	4.97	4.41	4.75	5.92
t			0.687	1.198	1.793	0.488	1.016	1.191	-0.264	0.457
p			0.247	0.118	0.039	0.314	0.157	0.119	0.396	0.325

En la tabla 3 se muestran los puntajes de uso de estrategias de afrontamiento de las personas que han abandonado la terapia y las que no abandonaron, divididos en tres niveles. En el grupo de personas que abandonaron la terapia, las estrategias de *evitación de problemas*, de *autocrítica* y de *retirada social* presentan el mayor porcentaje en el nivel bajo, en tanto que las frecuencias más altas se encuentran en las estrategias de *pensamiento desiderativo* y las que se encuentran en nivel moderado son las estrategias de *resolución de problemas*, las de *expresión emocional* y las estrategias de *reestructuración cognitiva*.

Del grupo de personas que no abandonaron la terapia, los porcentajes más altos están en *pensamiento desiderativo* y *resolución de problemas*, en tanto que en el nivel moderado están las estrategias *expresión emocional*, *apoyo social* y *reestructuración cognitiva*. Los porcentajes más altos de *evitación de problemas* y *retirada social* se encuentran en el nivel bajo. En la estrategia de *expresión emocional* los puntajes se agrupan en nivel alto y medio, y más del 90 % se agrupa en estos niveles, lo que quiere decir que en el grupo de personas que no abandonaron la terapia se encuentra una mayor *expresión emocional*.

Para realizar el contraste de ambos grupos se utilizó una prueba t de muestras independientes la cual identificó diferencias estadísticamente significativas en la estrategia de *expresión emocional*.

## Discusión

El objetivo del presente trabajo fue identificar las diferencias en las estrategias de afrontamiento que usan los adultos que abandonan la terapia en contraste con los que no abandonan la terapia. Se puede afirmar que no existen diferencias significativas en la mayoría de las estrategias, excepto en la estrategia de *expresión emocional*, ya que las personas que abandonaron terapia tuvieron un puntaje estadísticamente más bajo que aquellas que no abandonaron. La estrategia de *expresión emocional* es aquella que utilizan las personas para liberar las emociones que cursan por un proceso de estrés (Cano et al., 2007), lo cual es coincidente con lo que realiza en terapia, es decir expresar las emociones que generan los problemas o situaciones críticas a las que se enfrentan las personas que acuden a terapia.

En contraste, las demás estrategias de afrontamiento tuvieron un comportamiento muy similar en ambos grupos, lo cual puede atribuirse a las características propias de las personas que acuden a terapia, predominando en ambos grupos una tendencia alta a *la resolución de problemas*, así como un puntaje bajo en *evitación de problemas*, es decir, el resultado obtenido en estas dos estrategias indican un adecuado manejo de la emoción centrado en el problema, lo cual tiene sentido si se considera que esos son los objetivos que buscan las personas que acuden a terapia. En este caso, se podrían realizar más estudios que comparen cómo se comportan estas dos estrategias antes, y después de la terapia, como en el estudio realizado por Bourdon et al. (2019) enfocado en examinar la asociación entre las creencias disfuncionales de personalidad previas a la terapia y las estrategias de afrontamiento antes y después de una terapia cognitivo conductual en individuos que asistían a consulta por estrés postraumático. Los autores encontraron relación entre los trastornos de personalidad y el afrontamiento por evitación, antes, durante y después de la terapia.

Por otro lado, los motivos de abandono encontrados en el grupo de personas que contestaron el cuestionario predominan la falta de tiempo y el factor económico, lo cual

concuera con el estudio de Bugatti et al., (2023) quienes reportan que un alto costo de la primera sesión está asociado al abandono temprano de terapia, en ese mismo sentido, Moreno et al. (2012) identifican el elevado costo de la terapia como la principal causa de abandono. En contraste con lo que reportan Gavino y Godoy (1993) que no mencionan estos factores en su revisión, ya que, según sus investigaciones, el factor de abandono más relevante es que el motivo de consulta ya no es importante para el cliente.

En cuanto a los datos sociodemográficos de los participantes, resalta la participación de las mujeres, siendo mayoría en ambos grupos, lo cual sugiere que es necesario ahondar en la relación que existe entre el número de terapeutas de género femenino y consultantes del mismo género, pues de acuerdo con Black (2018), las mujeres tienden a buscar ayuda más que los hombres, y encuentran más empatía en terapeutas de sexo femenino. En esta misma línea, los estudios de Anestis et al., (2021) y Coleman (2006) refieren que los consultantes prefieren terapeutas con características similares a las propias, así como rasgos de personalidad con similitudes entre terapeuta y consultante influyen positivamente en el resultado de la terapia. Por tanto, más allá de identificar las estrategias de afrontamiento de las personas que acuden a terapia, el enfoque actual indica que los rasgos de personalidad del terapeuta emparejados con los rasgos del consultante pueden predecir una mayor permanencia en terapia, además que conocer las preferencias de las consultantes previas a la terapia resultan en mejor adherencia a la misma.

Con respecto a las diferencias encontradas en las variables sociodemográficas, se identifica que las personas casadas tienen mayor tendencia a abandonar la terapia psicológica, esto puede ser debido a la falta de tiempo, ya que al tener ciertas responsabilidades y actividades dejan en segundo término la importancia de tomar terapia, lo cual concuerda con los hallazgos de Alcázar (2007).

Una vez concluida la presentación de los hallazgos, es preciso mencionar las limitantes metodológicas del presente trabajo. El instrumento se aplicó a través de un formulario en línea,

el cual fue contestado de forma asincrónica por 62 participantes, presentándose algunas dudas que fue imposible responder al momento y que algunas personas manifestaron posteriormente. Desafortunadamente las aplicaciones en línea tienen la dificultad de no tener a quien acudir en caso de dudas o preguntas al momento, por lo que en ocasiones las personas asumen lo que creen correcto responder pues no cuentan con otra opción. Otra limitante del presente trabajo es que al comparar los grupos no se tuvo la misma proporción de personas en cada grupo, ya que el grupo de personas que no abandonó terapia era mayor que el grupo de personas que abandonó, lo cual hace imprecisa la comparación en términos estadísticos.

Para futuras investigaciones se propone identificar que tan grave perciben el problema los participantes antes y después del proceso terapéutico, y conocer hace cuanto tiempo abandonaron la terapia. También, agregar aspectos de personalidad del consultante y el terapeuta, ya que la literatura actual reporta que conocer las características del terapeuta, como el sexo, facilita la alianza terapéutica entre ambas partes.

En resumen, este trabajo aporta evidencia sobre una estrategia de afrontamiento muy particular que los consultantes tienen para mantenerse en la terapia, que es la *expresión emocional*, ya que, esta estrategia ayuda a liberar las emociones al cursar por un proceso de estrés, además se identificó que las personas que acuden a terapia coinciden en un puntaje alto de resolución de problemas, lo que los impulsa a buscar ayuda. Este hallazgo podría dar paso a reforzar este tipo de estrategia en los diferentes ámbitos como educativo y laboral. Además, se identificaron tres motivos principales por los que las personas abandonaron terapia, que fue la falta de tiempo, el costo de la terapia y que el motivo de consulta dejó de ser importante. Y, por último, se encontró que el estado civil también juega un rol importante en diferenciar a quienes terminan o abandonan, ya que el presente estudio determinó que las personas solteras tienen mayor incidencia de concluir con éxito la terapia.

La investigación en este tema puede apoyar para identificar qué aspectos se deben cuidar al momento de ofrecer un servicio terapéutico, en el sentido de reencuadrar expectativas, el costo de terapia y el tiempo. Al conocer la expectativa del consultante antes de la primera sesión se puede elegir la corriente terapéutica, el tipo de terapia y así, reducir las tasas de abandono. Sería de gran ayuda abocarse a la labor de crear y dar a conocer al público general información relacionada con los tipos de terapia, qué esperar de cada una de éstas, costos y tiempos estimados, y con esto, ahorrar tiempo, dinero y frustración al acudir a terapia, y que más personas se beneficien de la terapia psicológica.

## Referencias

Alcázar Olán, R. J., (2007). *Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones*. *Salud Mental*, 30(5),55 – 62

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230509>

American Psychological Association. (s.f.). *Psychotherapy*.

<https://www.apa.org/topics/psychotherapy>

Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*. 16(1), 9-29.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616109001>

Anestis, J. C., Rodriguez, T. R., Preston, O. C., Harrop, T. M., Arnau, R. C., & Finn, J. A.

(2021). Personality Assessment and Psychotherapy Preferences: Congruence between Client Personality and Therapist Personality Preferences. *Journal of Personality Assessment*, 103(3), 416–426. <https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1757459>

Badós, A., (2016). *La Intervención en Psicología Clínica y de la Salud: Modelos y*

*contextos*. Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona <https://www.academia.edu/42058362>

Badós, A. y García, E. (2011). *Habilidades Terapéuticas*. Departamento de Personalidad,

Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/18382>

Barber, J. P., & Solomonov, N. (2016). Psychodynamic theories. In J. C. Norcross, G. R.

VandenBos, D. K. Freedheim, & B. O. Olatunji (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Theory and research* (pp. 53–77). American Psychological

Association. <https://doi.org/10.1037/14773-003>

- Becoña, E. (2004) Terapia cognitiva-conductual. En L. Oblitas (Ed.) *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* (pp. 114-141) Psicom editores.  
[https://www.academia.edu/9865415/C%C3%B3mo\\_hacer\\_psicoterapia\\_exitosa\\_Luis\\_Oblitas](https://www.academia.edu/9865415/C%C3%B3mo_hacer_psicoterapia_exitosa_Luis_Oblitas)
- Betancur, C., Ortiz, M. (2019). Recorrido sobre la relación terapéutica y sus nacientes retos. *Universidad Católica de Pereira*. <http://hdl.net/10785/5554>.
- Black, S. C., & Gringart, E. (2018). The relationship between clients, preferences of therapists, sex and mental health support seeking: An exploratory study. *Australian Psychologist*, 54(4), 322–335. <https://doi.org/10.1111/AP.12370>
- Bourdon, D.-É., El-Baalbaki, G., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Belleville, G., & Marchand, A. (2021). Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3). <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.ejtd.2019.100135>.
- Bugatti, M., Owen, J., Reese, R. J., Coleman, J., Richardson, Z., Rasmussen, W., & Newton, D. A. (2023). Access to care and cost as predictors of early psychotherapy dropout: Findings from a technology-enabled practice research group. *Practice Innovations*, 8(1), 62–74. <https://doi.org/10.1037/pri0000200>
- Cano, F. J., Rodríguez, L., y García, J. (2007). Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 35(1), 29-39. <https://www.researchgate.net/publication/235419673>.
- Coleman, D. (2006). Therapist-client five-factor personality similarity: A brief report. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(3), 232–241. <https://doi.org/10.1521/BUMC.2006.70.3.232>

- Corbella, S. (2020). El psicoterapeuta en el proceso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 91- 103. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.409>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica, Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205–221. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Cuesta, M. (2009). Introducción al muestreo. *Universidad de Oviedo*.  
<http://www.editorialkamar.com/et/archivo04.pdf>
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Elizalde, A., (2010). Estudio descriptivo de las estrategias de afrontamiento del bullying, en profesorado mexicano. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(1), 353-372. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121995017>
- Freixas, G & Miro, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Paidós Ibérica.  
<https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fwww.planetadelibros.com%2Faproximaciones-a-la-psicoterapia-libro-18417.html>
- Fuentes, M., & Lorenzo, M. (2004). El Proceso Terapéutico y su importancia en el tratamiento psicológico. En L. Oblitas (Ed.) *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* (pp. 9-26), Psicom, editores.  
[https://www.academia.edu/9865415/C%C3%B3mo\\_hacer\\_psicoterapia\\_exitosa\\_Luis\\_Oblitas](https://www.academia.edu/9865415/C%C3%B3mo_hacer_psicoterapia_exitosa_Luis_Oblitas)
- Galán, A., & Perona, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-570.

- Gavino, A., Godoy, A., (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y modificación de conducta*, 19(66), 511-536. <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/7077521>
- Gómez Reyes, M. Á., & Elizarrarás Ríos, M. A. (2021). *Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en médicos residentes en hospitales COVID-19 en CDMX*. [Manuscrito recepcional]. UNAM  
[https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/DGB\\_UNAM/TES01000826271/3/0826271.pdf](https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/DGB_UNAM/TES01000826271/3/0826271.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014), *Metodología de la investigación*, (6a. ed.) México: McGraw Hill.
- Jo, T., & Almas, S. (2002). Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de portalesmédicos.com.*, 2-14.  
[https://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono\\_tratamiento/index.htm](https://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm)
- Krause, M. (1992). Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica Discusión Teórica y Presentación de un Estudio Empírico. *Psykhe*, 1(1). Recuperado a partir de <https://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/19991>
- Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P., & Melis, F. (2012). Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad. *Psykhe*, 21(2), 133-147.  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282012000200011&lng=es&tling=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282012000200011&lng=es&tling=es)
- Labrador, F., Larroy, C. (2004) Terapias de Conducta. En L. Oblitas (Ed.) *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* (pp. 143-182) Psicom, editores.

[https://www.academia.edu/9865415/C%C3%B3mo\\_hacer\\_psicoterapia\\_exitosa\\_Luis\\_Oblitas](https://www.academia.edu/9865415/C%C3%B3mo_hacer_psicoterapia_exitosa_Luis_Oblitas)

Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez-Roca.

Martín, M., Jiménez, M. & Fernández-Abascal, E. (2000). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. 3(4). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*.

<http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Martorell, J. L. y Prieto, J. L. (2008). La Psicología Humanista. *Fundamentos de Psicología* (pp. 155-167). Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.

Mas, M (s.f.) *Pacientes que abandonan la terapia psicológica. Perfiles y motivos que lo causan*.

<https://www.siquia.com/blog/pacientes-que-abandonan-la-terapia-psicologica-perfiles-y-motivos-que-lo-causan/>

Mikulic, I., & Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos Para adultos. *Anuario de investigaciones*, 15(1), 301-312.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S185116862008000100030&lng=es&tlnq=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862008000100030&lng=es&tlnq=es).

Moreno Méndez, J., Roza Sánchez, M., & Cantor Nieto, M. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(2), 23-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788007>

Negrete, J. (2021). *¿Por qué se abandona el diván?* <https://discapacidades.nexos.com.mx/por-que-se-abandona-el-divan/>

- Ortiz, M., & Ortiz, E., (2007). Health psychology: A key to understand therapeutic adherence. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 167-202. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Rodríguez, A. (2015). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de Psicología*, 32(1), 1–8. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.192551>
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6), 619–626. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90003-L](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90003-L)
- Rondón, A.P., Otálora, I.L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023513007.pdf>
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 8(1), 39–53. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Santibáñez, P. M., Román, M. F., Lucero, C., Espinoza, A. E., Irribarra, D. E., & Müller, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082008000100008&script=sci\\_arttext&lng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082008000100008&script=sci_arttext&lng=en)

Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Fundación Instituto Spiral Madrid. Norte de Salud Mental*, 8(33), 51-58.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830134.pdf>

Sirvent, C., Blanco, P., Palacios, L., Miranda, M., & Cruz, M., (2020, 25 de mayo-5 de junio). *Causas de Abandono Precoz del Tratamiento en Adicciones*. XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental.

<https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-5-PON27.pdf>

Sofa, G., Shidiq, A., Nugraha, Y., Haydar, S., Nur, W., & Wibowo, I., (2020). *A study of coping stress strategies on psychological well-being during the COVID-19 pandemic in Jabodetabek Area*. 2020 International Conference on ICT for Smart Society (ICISS), 2020, pp. 1-8. [doi: 10.1109/ICISS50791.2020.9307566](https://doi.org/10.1109/ICISS50791.2020.9307566).

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>

Tobías, C. & García-Valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 437-453.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000200010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200010)

Vellisca, M., Latorre, J., Orejudo, S., Gómez del Barrio, A., Moreno, L., & Checa Esquiva, I. (2016). Motivo de abandono del tratamiento desde la perspectiva del paciente con un trastorno de la conducta alimentaria. *Universitas Psychologica*, 15(4), 1-9.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy-15-4.matp>

Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., & Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>

## Apéndice

### **Cuestionario para obtener información sobre terapia psicológica y datos sociodemográficos de los participantes.**

#### Consentimiento Informado

Estimado participante, a través de estos cuestionarios se está llevando a cabo una investigación cuyo propósito es identificar los motivos de abandono en la terapia psicológica y las estrategias de afrontamiento en adultos mexicanos. La información que se derive de estos cuestionarios será manejada de forma anónima y confidencial, de igual forma su participación es libre y voluntaria. Si está de acuerdo con participar en el estudio, de clic en acepto participar libre y voluntariamente, luego de leer la siguiente información: la información que usted proporcione será tratada de manera anónima y confidencial y se utilizará únicamente con fines de investigación. En caso de no querer participar o desear abandonar la investigación no habrá ningún inconveniente. Agradeceremos de cualquier forma su tiempo para este estudio.

Acepto participar \_\_\_\_\_ No acepto participar \_\_\_\_\_

#### Datos personales

Edad \_\_\_\_\_

Género

Mujer \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_

No binario \_\_\_\_\_

Prefiero no decirlo \_\_\_\_\_

## Ocupación

Estudia\_\_\_\_\_

Trabaja\_\_\_\_\_

Hogar\_\_\_\_\_

Otro\_\_\_\_\_

## Estado civil

Casado\_\_\_\_\_

Soltero\_\_\_\_\_

Unión libre\_\_\_\_\_

Viudo\_\_\_\_\_

¿Tiene hijos? ¿cuantos? \_\_\_\_\_

## Nivel de estudios

Primaria\_\_\_\_\_

Secundaria\_\_\_\_\_

Preparatoria\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_

Posgrado\_\_\_\_\_

¿Ha tomado terapia psicológica alguna vez?

Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que tomó terapia? En caso de haber asistido más de una vez.

Actualmente\_\_\_\_\_

Hace un mes\_\_\_\_\_

Hace tres meses\_\_\_\_\_

Hace seis meses\_\_\_\_\_

Mas de un año\_\_\_\_\_

Mas de dos años\_\_\_\_\_

Mas de tres años\_\_\_\_\_

Otro, especifique\_\_\_\_\_

Corriente Teórica de la última terapia que tomó, en caso de que haya asistido más de una vez a terapia.

Cognitiva\_\_\_\_\_

Sistémica\_\_\_\_\_

Humanista\_\_\_\_\_

Psicoanálisis\_\_\_\_\_

Gestalt\_\_\_\_\_

No recuerdo\_\_\_\_\_

Otra\_\_\_\_\_

¿Cuál fue el motivo de consulta de la última vez que asistió a terapia?

Cuestiones familiares\_\_\_\_\_

Cuestiones con mi pareja\_\_\_\_\_

Por un duelo\_\_\_\_\_

Problemas de ansiedad\_\_\_\_\_

Depresión\_\_\_\_\_

Fobia\_\_\_\_\_

Adicciones\_\_\_\_\_

Autoestima\_\_\_\_\_

Estrés por algún evento\_\_\_\_\_

Desórdenes alimenticios\_\_\_\_\_

Obsesiones\_\_\_\_\_

Dificultad para relacionarse con los demás\_\_\_\_\_

Otro\_\_\_\_\_

¿A cuántas sesiones asistió? Si no recuerda, puede ser una cifra aproximada

1 a 3 sesiones\_\_\_\_\_

4 a 6 sesiones\_\_\_\_\_

7 o más sesiones\_\_\_\_\_

Motivos por que dejó de ir a terapia

Terminó mi tratamiento\_\_\_\_\_

Por decisión del terapeuta\_\_\_\_\_

El motivo de consulta ya no me preocupa\_\_\_\_\_

Cambié de terapeuta\_\_\_\_\_

Tardanza en conseguir los objetivos \_\_\_\_\_

Negación a tocar algunos temas \_\_\_\_\_

Costo de la terapia \_\_\_\_\_

Ya no tuve tiempo de asistir \_\_\_\_\_

Otro (especifique) \_\_\_\_\_