



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8963-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACTORES QUE DETERMINAN
UN ABANDONO
EN PSICOTERAPIA**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ANA KAREN OCAMPO PEDROTE

NOMBRE DEL ASESOR

MTRA. IRMA ELIZABETH ALCOCER ARRIAGA

CD. MX. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8963-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES QUE DETERMINAN UN ABANDONO EN PSICOTERAPIA

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ANA KAREN OCAMPO PEDROTE

DIRIGIDO:

NOMBRE DEL ASESOR

MTRA. IRMA ELIZABETH ALCO CER ARRIAGA

SINODALES

MTRA. IRMA ELIZABETH ALCO CER ARRIAGA _____

PRESIDENTE

MTRA. KAREN ITZEL RODRIGUEZ MATA _____

SECRETARIA

MTRA. ROSA IBETH GRANDE VALLE _____

VOCAL

Iguala de la Independencia Guerrero; Noviembre de 2023

DEDICATORIAS

A mi mamá:

Quien desde pequeña me educó con valores y me inculcó que todo lo que soñamos y queremos lo podemos conseguir a base en empeño y dedicación, porque con su esfuerzo y sacrificio me pudo dar una carrera y siempre depositó su confianza en mí. Siempre me ha apoyado y ha sido mi padre y madre a la vez, ha apoyado las decisiones que he tomado y sé que siempre me lleva en sus oraciones y pensamiento, le agradezco todo su apoyo siempre, le dedico este sueño cumplido.

A mi hija:

Que siempre ha sido mi principal motivación para poder salir adelante y brindarle un buen ejemplo de vida superándome personal y profesionalmente. Le dedico este logro porque durante su proceso ella me ha enseñado muchas cosas para ser una buena madre, esta niña amorosa, amable, tranquila, inteligente, pero sobre todo humana es la principal motivación de este proyecto, te amo Moshi y siempre te llevo en mis oraciones y pensamientos.

A mi hermano:

Que con su sabiduría y perseverancia me ha motivado para poder concluir este proyecto y siempre ha estado dispuesto a brindarme su apoyo y comprensión. Le dedico este logro que sé que le causara mi misma alegría.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi institución CU Iguala por ser parte de mi enseñanza y formación, por siempre tratar de darnos todas las herramientas necesarias para poder formar grandes profesionales.

También agradezco a cada uno de los profesores que tuve porque con su conocimiento, enseñanza, apoyos y dedicación hoy puedo apoyar a las personas para que sean mentalmente sanos y puedan crear vínculos saludables.

Agradezco a los amigos que conocí en mi trayecto de formación y todos los buenos momentos que pasamos estos 4 años.

Agradezco a mi asesora de Tesina la profesora Irma Elizabeth Alcocer Arriaga por siempre estar motivándome y brindándome las herramientas necesarias para poder concluir este proyecto, estaré eternamente agradecida con usted por ser una excelente maestra y ser humano, gracias por su paciencia y consejos y por creer en mí, la quiero mucho profi.

RESUMEN

La presente tesina que lleva por nombre “**Factores que determinan un abandono en psicoterapia**” para poder obtener el título de licenciada en psicología, está elaborada por tres capítulos de abordaje teórico los cuales son:

En el primer capítulo se abordará La psicoterapia que es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo, la psicoterapia es todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o mentales empleando medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación terapeuta-paciente.

Existen diferentes tipos de psicoterapia, Psicoterapias de tipo I: Su objetivo fundamental es aliviar síntomas de enfermedades físicas, mentales o psicológicas que requieren un tratamiento específico y especializado por psicólogos o psiquiatras las cuales son: psicoanálisis, terapia cognitivo conductual, terapias familiares, terapias grupales, terapia existencial, terapia Gestalt y terapia centrada en el cliente, Psicoterapias tipo II: Destinada a ayudar o mejorar a las personas sin manifestaciones clínicas evidentes las cuales son: grupos de encuentro o crecimiento, terapias espirituales y de desarrollo humano.

El objetivo principal de la psicoterapia es identificar y modificar los patrones de comportamiento, transformar pensamientos que impiden que el individuo se sienta bien. Además, se pretende que, al finalizar el tratamiento, se hayan adquirido nuevas destrezas que le permitan enfrentar de manera eficaz cualquier problema que pueda surgir posteriormente, tomando como referencia la disciplina psicológica de la que surge dicha intervención.

Posteriormente en el segundo capítulo se abordará los factores sociodemográficos que tiene la psicoterapia la cual abarca la edad, género, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo, condición laboral, variables clínicas del paciente, el rol que el terapeuta tiene que tomar de ser empático, cálido y llegar a un buen rapport con el paciente.

Pero también es muy importante la relación de terapeuta-paciente ya que el paciente juega un papel muy importante durante el tratamiento debido a que él es el indicado de vencer esa resistencia y llevar a cabo las tareas que el terapeuta le indica, sin dejar a lado una buena aplicación de entrevista inicial ya que se recabaran los datos necesarios para enganchar al paciente para una posterior sesión.

Finalmente en el tercer capítulo con la propuesta de herramientas para reducir el abandono en psicoterapia donde hablaremos de la aplicación de diferentes instrumentos de acuerdo a la atención que se requiera en diversas instituciones de tratamiento psicológico gratuito, y así evitar el abandono futuro en psicoterapia, dar una correcta aplicación de entrevista clínica, el vínculo terapéutico y la empatía que el psicólogo debe de tener con el paciente, un tipo de recordatorio telefónico para recordar al paciente su próxima cita, las terapias de grupo que son ancladas con más personas y así mismo motivan a los pacientes a seguir asistiendo y por último el tratamiento psicológico gratuito que brindan diferentes dependencias para pacientes que no tiene el recurso económico para solventar un psicólogo particular.

Palabras clave: **Factores, Abandono, Paciente, Psicoterapia, Tratamiento**



ÍNDICE



ÍNDICE

Dedicatorias

Agradecimientos

Resumen

Introducción	1
Planteamiento del problema.....	7
Objetivo General	11
Justificación	11
Marco Teórico	14

CAPÍTULO I. LA PSICOTERAPIA	15
--	-----------

1.1 Origen de la psicoterapia.....	18
1.1.1 Tipos de psicoterapia	19
1.1.2 Características de psicoterapia	26
1.1.3 Objetivos de psicoterapia	28
1.1.4 Diferencia entre terapia y psicoterapia	29

CAPÍTULO II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	30
--	-----------

2.1 Edad.....	31
2.1.1 Género	31
2.1.2 Estado civil.....	32
2.1.3 Nivel socioeconómico	33
2.1.4 Nivel educativo	33
2.1.5 Condición laboral.....	34
2.1.6 Variables clínicas.....	35
2.1.7 Rol del terapeuta.....	35
2.1.8 Rol del terapeuta- paciente.....	36



2.1.9 Importancia de la aplicación de la entrevista inicial.....37

CAPÍTULO III. PROPUESTA DE HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS PARA REDUCIR EL ABANDONO EN PSICOTERAPIA..... 38

3.1 Aplicación de cuestionario..... 39

3.1.1 Entrevista clínica.....40

3.1.2 Vínculo terapéutico 42

3.1.3 Empatía 46

3.1.4 Recordatorio telefónico de cita 47

3.1.5 Terapias de grupo.....48

3.1.6 Tratamiento psicológico gratuito..... 66

Conclusión..... 122

Esquema 127

Bibliografía 128

Índice de Tablas gráficas

Tabla 1. Test de Fegerstrom que ayuda a medir la dependencia al cigarrillo 76

Tabla 2. Test de Audit que determina el nivel de dependencia al alcohol 77

Tabla 3. Test para medir la ansiedad..... 78

Tabla 4. Test para medir la ansiedad 79

Tabla 5. Escala para determinar la depresión geriátrica 80

Tabla 6. Escala para determinar la depresión geriátrica 81

Tabla 7. Folstein mf “mini-mental state” 82

Tabla 8. Herramienta para medir el nivel de violencia familiar 85

Tabla 9. Escala de ansiedad infantil de Spence 92

Tabla 10. Escala de ansiedad infantil de Spence 93

Tabla 11. Interpretación para la escala de ansiedad infantil de Spence.....94



Tabla 12. Escala de Hamilton para medir la ansiedad 95

Tabla 13. Cuestionario para medir conductas alimentarias de riesgo 96

Tabla 14. Instrumento para medir el riesgo de suicidio 97

Tabla 15. Cuestionario para la identificación de ideas irracionales..... 98

Tabla 16. Cuestionario para la identificación de ideas irracionales..... 99

Tabla 17. Cuestionario para la identificación de ideas irracionales..... 100

Tabla 18. Cuestionario para la identificación de ideas irracionales..... 101

Tabla 19. Herramienta de detección de violencia 108

Tabla 20. Escala de Hamilton para la depresión..... 111

Tabla 21. Escala de Hamilton para la depresión..... 112

Tabla 22. Cuestionario de conducta de CONNERS para profesores..... 113

Tabla 23. Cuestionario de conducta en la escuela 114

Tabla 24. Cuestionario de conducta en el hogar 115

Tabla 25. Cuestionario de conducta en el hogar 116

Índice de figuras.

Figura 1. Etapas de la entrevista9

Figura 2. Evolución de la psicología18

Figura 3. Tipos de psicoterapias21

Figura 4. Cuestionario.....39

Figura 5. Carta compromiso para ingresar al servicio de SAIH.....70

Figura 6. Carta compromiso para ingresar al servicio de SAIH.....71

Figura 7. Pase a la especialidad que requiera el paciente.....72

Figura 8. Valoración del especialista del área de SAIH.....73

Figura 9. Historia clínica del área de psicología.....74

Figura 10. Historia clínica del área de psicología.....75

Figura 11. Área llevada a cabo la entrevista de SAIH.....83

Figura 12. Folleto de la importancia de utilizar un método anticonceptivo post-parto.....87



Figura 13. Consentimiento de informado de método anticonceptivos temporales88
Figura 14. Formato para recibir consejería sobre salud sexual.....89
Figura 15. Historia clínica de adolescentes.....90
Figura 16. Historia clínica de adolescentes.....91
Figura 17. Cuestionario de depresión de Beck (BDI-2).....102
Figura 18. Cuestionario de depresión de Beck (BDI-2).....103
Figura 19. Cuestionario de depresión de Beck (BDI-2).....104
Figura 20. Cuestionario de depresión de Beck (BDI-2).....105
Figura 21. Área llevada a cabo la entrevista de servicios amigables.....105
Figura 22. Folleto de detección de la violencia (Violentómetro).....106
Figura 23. Folleto de detección de la violencia (Espiral de la violencia).....107
Figura 24. Área donde fue llevada a cabo la entrevista de Violencia de genero.....109
Figura 25. Área donde fue llevada a cabo la entrevista de salud mental.....110
Figura 26. Entrevista para niñas y niños.....118
Figura 27. Entrevista para niñas y niños.....119
Figura 28. Área llevada a cabo la entrevista del DIF.....120
Figura 29. Área llevada a cabo la entrevista de la defensa del menor.....121



INTRODUCCIÓN



Introducción

*“El primer orden de la ayuda
significa que uno sólo da lo que tiene,
y sólo espera lo que realmente necesita”.*
-Bert Hillinger-

Dentro de la siguiente investigación se abordará un análisis teórico sobre el abandono en psicoterapia, durante los últimos años se ha requerido más la ayuda de la psicoterapia para las personas ya que han aumentado los problemas mentales y emocionales.

La psicoterapia es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente. Ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debe de poseer un psicólogo para poder establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente, según Rogers (1951, 1957).

“Psicoterapia es, en sentido amplio todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o mentales empleando medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación terapeuta-paciente...” así lo afirma Laplanche y Pontalis. Es por esta razón que el psicólogo tiene que poseer habilidades para ser capaz de establecer un buen vínculo con el paciente.

La relación terapéutica ha demostrado ser un factor importante en el curso de la terapia en diferentes orientaciones teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y comportamental (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1988; Gaston, Piper, Debbane y Bienvenu, 1994; Krupnick et al., 1996; Raue, Goldfried y Barkham, 1997; Watson y Greenberg, 1994) y en diferentes formatos de terapia tales como las terapias individuales, las terapias de grupo y las terapias familiares (Bourgeois, Saburin y Wright, 1990; Marziali, Munroe-Blum y McCleary, 1999; Pinsof, 1988; Sturm y Dawson, 1999).



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Es decir que se podría definir como una negociación en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta-paciente se va construyendo el concepto de comunicación, la comunicación verbal es muy importante porque permite clarificar las ideas que el paciente intenta transmitirnos, sin embargo, la traducción del lenguaje y expresión no verbal son igual de importantes. Es decir, el profesional sería capaz de traducir lo que sin decir nada, expresa la corporalidad del paciente. La relación cognitiva ha llegado a considerar la relación terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Botella, y Corbella, 2003; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998).

Considerando entonces que decidiese comenzar un proceso terapéutico es difícil para las personas con tabúes y desconfianza para expresar sus problemas que creen que es para personas con locura, que se cree que el psicólogo solo platica contigo y da consejos, metáforas u opiniones, entonces entenderemos la correlación entre dificultad para iniciar el proceso y facilidad para abandonarlo, de ahí que la labor de mantener a los pacientes hasta el fin del proceso terapéutico resulte ser una compleja situación, en la cual debería contarse con las estrategias preventivas además de las técnicas adecuadas.

El lado contrario sería el abandono de un tratamiento psicológico, es decir, la ruptura de toda relación terapéutica. El abandono terapéutico constituye un problema generalizado y que tiene importantes repercusiones en los resultados clínicos, no se comenzó a tratar como tema científico hasta la década de los 70. Suele asumir que el abandono es un freno reconocido para la efectividad de la psicoterapia (Ogrodniczuk et al., 2005).

Los pacientes que están recibiendo psicoterapia no están consiguiendo los resultados terapéuticos esperados, lo que podría generarse en un aumento de la probabilidad de recaída o buscar un nuevo profesional de servicios de salud mental.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Ya que el paciente sufrirá la baja salud mental que ira aumentado con nuevos comportamientos no adherentes futuros. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todo abandono de la terapia va unido a un fracaso terapéutico o consecuencias negativas (Ogrodniczuk et al, 2005; Roe, 2007).

El abandono tiene consecuencias negativas tanto para clientes, terapeutas y administradores ya sean de empresas públicas o privadas. Por ejemplo, tras el abandono de la terapia disminuye la probabilidad de búsqueda de una futura asistencia psicológica, se refuerza la desesperanza de los clientes en relación con la resolución de sus dificultades. (Bartle Haring, Glebova y Meyer, 2007). Es por ello que se deben de crear estrategias para poder reducir la tasa de abandono en psicoterapia.

Para tener una visión completa del fenómeno de abandono es necesario conocer tanto los factores implicados como las consecuencias de la interrupción de la terapia (Freire Arteta, 1990) y, aunque no es tarea fácil, controlar, organizar y analizar la interrelación de las variables que conducen al abandono terapéutico (Otero et al., 2001). Los resultados de la investigación sugieren que los pacientes que presentan un alto grado de abandono pueden ser identificados a lo largo del tratamiento (Sweet y Nones, 1989).

Según en el artículo abandono de tratamientos psicológicos citan a Wierzbicki y Pekarik (1993) donde través de un meta-análisis realizan el abandono de la psicoterapia, “*se refieren a tres conceptualizaciones básicas:*

- a) el paciente deja de asistir a una sesión concertada con el terapeuta,*
- b) el paciente no realiza un número mínimo de sesiones, y*
- c) el paciente decide interrumpir el tratamiento a pesar de que el terapeuta considera que es conveniente continuarlo”.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Como ocurre generalmente en psicología, no hay un acuerdo absoluto en aquello recogido bajo el concepto de abandono terapéutico. Una de las razones que pueden dar cuenta de este estado de cosas es la falta de estudios e informes que muestren abandonos en terapia, en tanto que estos son considerados como consecuencias no deseadas o imprevistas de dicha terapia.

Existen aproximaciones al fenómeno de abandono en relación con variables determinadas como las adicciones (Fernández, et al., 2003), los trastornos de personalidad (Lingardi, Filippucci, & Baiocco 2005), la alianza terapéutica y el tipo de contacto con el paciente (Walls, Perrucci, & Severns, 1999); sin embargo, aún es poco estudiado, lograr una efectiva alianza terapéutica en psicología y esperar que los factores externos y propios del consultante jueguen favorablemente, es el ejercicio común que ha de tenerse en cuenta si se quiere lograr un proceso confiable y con resultados positivos tanto para el consultante como para el terapeuta.

Tal como lo hace Castillo y colaboradores (1996) donde el abandono lo dividen en “*dos tipos, a saber, el que llamaremos abandono parcial, o aquel que recoge la situación de búsqueda incesante, por parte del paciente, de ayuda psicológica recorriendo diferentes terapeutas y terapias y el abandono total, como concepto que delimita la situación en la que un sujeto abandona la terapia por completo, esto es, cesando en la búsqueda de ulteriores terapias o terapeutas alternativos*”. Es precisamente “*el abandono total*” el que refleja, bajo nuestro punto de vista, el éxito psicoterapéutico, de modo que toda terapia psicológica debiera precipitar este tipo de abandonos.

El abandono en psicoterapia, se da entre la quinta y undécima sesión (Lyon, 2014) Además, algunos estudios muestran que los pacientes asisten en promedio un total de 3 sesiones y, teniendo en cuenta que la efectividad de la terapia psicológica se consigue dentro de las 8 y 12 sesiones, evidentemente es un número insuficiente para lograr el efecto deseado (Sirvent, 2009).



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Así como lo afirma Sirvent la cuestión, sin duda, es compleja, ya que establecer qué duración mínima debería tener una psicoterapia y también considerar el tipo y gravedad del trastorno que sufre el paciente y los objetivos terapéuticos.

Desde el punto de vista de las diferentes orientaciones teóricas existentes, la tendencia parece ser la de un progresivo acercamiento en el tema de la duración de los tratamientos (y en otros): por ejemplo, encontramos psicoterapias breves y "ultrabreves" de orientación psicoanalítica (Tizón, 1994a y 1994b), mientras que autores cognitivos plantean la necesidad de prolongar dicha duración en determinados trastornos (Beck, Freeman, & Associates, 1990).

Así bien ya teniendo esto planteado está considerado que no es factible establecer un mínimo de sesiones aplicable para todos los tipos de terapia, en definitiva, es inadecuado definir el abandono en función de ese criterio.

En el ejercicio de la psicología clínica, la deserción terapéutica es uno de los problemas más comunes y que más conflictos teóricos y prácticos acarrea a la disciplina; en un estudio realizado en Venezuela por Jo y Almao en el 2001, sobre abandono de los tratamientos en psiquiatría y psicología clínica, se encontró que aunque este tema ha sido pobremente abordado desde la perspectiva terapéutica, las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y 50% del total de consultantes tratados, lo cual es considerablemente superior a la mayoría de las disciplinas en salud; en México, se ha podido establecer que los consultantes asisten en promedio a tres sesiones, lo que es claramente insuficiente para un abordaje efectivo de problemáticas psicológicas (Alcázar, 2007).



Planteamiento del problema



Planteamiento Del Problema

*La vida solo puede ser comprendida
mirando hacia atrás, pero ha de ser
vívida mirando hacia adelante.
-Kierkegaard-*

El abandono de los tratamientos psicológicos es un hecho que predomina en la práctica clínica y que comporta notables repercusiones tanto en los pacientes que deciden interrumpir la terapia como en los terapeutas, ya que en ocasiones no se llega a un buen rapport o el psicólogo no es competente para tratar a dicho paciente.

El rapport para O'Connor y Seymour (1999), es el proceso por medio del cual se establece y mantiene una relación de confianza mutua y comprensión entre dos o más personas y puede generar respuestas útiles de otros individuos. Con frecuencia actúan en los niveles de las palabras, acciones, valores y creencia. Según Losada (2004), el rapport es una de las claves esenciales para llevar una buena comunicación con el paciente ya que en la entrevista se verá reflejado la buena o mala comunicación que el paciente está emitiendo al psicólogo.

Como todo instrumento metodológico, la entrevista tiene pasos, etapas o fases que deben seguirse para alcanzar el éxito en el cometido que se ha propuesto; así lo afirma Colín (2009), quien divide a las entrevistas en tres etapas o fases: inicio o rapport, desarrollo o cima y cierre.

FIGURA 1: ETAPAS DE LA ENTREVISTA

Fuente: Colín (2009), quien divide a las entrevistas en tres etapas o fases: inicio o rapport, desarrollo o cima y cierre.

La primera etapa es la fase inicial, el objetivo principal es lograr que el entrevistado se sienta cómodo en presencia del entrevistador, así como dispuesto a hablar lo más posible fuera de cualquier tipo de inhibiciones. Esto se ha dado en llamar rapport o familiarización de la persona con la entrevista. Los primeros minutos de una entrevista son decisivos para lograr el éxito, ya que depende en gran medida del rapport que establezca el entrevistador.

La segunda etapa es la fase de desarrollo o cima, y constituye el núcleo de la entrevista. Tanto Acevedo (2009), como Colín (2009), coinciden que en ella se recaba la mayor parte de la información, y se profundiza en los aspectos identificados en la fase anterior, se intercambia información, se analiza la información y se confronta, se clarifican los problemas, se toman algunas decisiones sobre posibles soluciones y líneas de acción. Esta es la etapa más larga y profunda en cada entrevista.

La tercera fase o fase final es el cierre de la entrevista. De acuerdo a Acevedo (2009) esta fase es casi tan importante como la de inicio. Su objetivo fundamental consiste en consolidar los logros alcanzados durante las etapas de cima y cierre. Inicia con la indicación del entrevistador que se acerca el final, indicación que debe ser seguida por un resumen de los contenidos tratados.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Se busca ofrecer al cliente la oportunidad de aclarar sus dudas y se brinda la posibilidad de comunicar cualquier información que hubiera quedado mal entendida.

Si no se llevan a cabo estas 3 fases de la entrevista o se pasa por omiso alguna de ellas, la entrevista no tendrá un buen resultado, puede ser que el paciente ya no regrese a la siguiente cita o abandone el proceso psicológico alcanzado.

El abandono puede producirse de forma imprevista y no avisada por el paciente, éste puede notificar previamente a su terapeuta o ambos, terapeuta y paciente, pueden llegar a un acuerdo para abandonar o interrumpir el tratamiento psicológico. De esta manera se establece un balance de menos a mayor fracaso terapéutico dependiendo de la forma en que el abandono haya tenido lugar. Cuando el consultante acude de manera voluntaria y por iniciativa propia, es más alta la probabilidad de adherencia al tratamiento (Mahoney, 1991)

Existen varios factores por los cuales el paciente abandona el proceso terapéutico, las variables más ampliamente estudiadas continúan siendo, las relacionadas con factores demográficos. Por lo que diferentes autores son incluyentes y no generalizan a ninguno. Gavino y Godoy (1993) *“definen la situación de abandono terapéutico como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”*.

Por lo tanto, se considera de suma importancia la comunicación y qué parámetros se deben llevar a cabo dentro de la sesión terapéutica psicólogo – paciente, para evitar el abandono o la interrupción del tratamiento.

Se propone en esta investigación ofrecer herramientas de trabajo para el psicólogo y personal de la salud con la finalidad de reducir el abandono en psicoterapia.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Pregunta Central de Investigación

Por lo mencionado anteriormente surge el propósito de conocer:

¿Cuáles son los factores principales para que el paciente abandone la psicoterapia?

Objetivo general

Determinar los factores por los cuales los pacientes hacen una interrupción en su proceso terapéutico y con ello proponer herramientas psicológicas para reducir el abandono en psicoterapia dirigido a psicólogos clínicos y personal de la salud.

Justificación

*Se como tú eres, de manera que puedas
ver quién eres y como eres.
- Fritz Perls-*

La presente investigación nos menciona las herramientas psicológicas que el psicólogo o personal de la salud puede utilizar para evitar o prevenir el abandono de su tratamiento psicológico de pacientes en psicoterapia, de esta forma podremos saber los criterios del porque el paciente abandono su proceso de psicoterapia y para con ello buscar o crear instrumentos para prevenir un futuro abandono.

Revisando las publicaciones sobre el tema del abandono, encontramos ciertas estrategias destinadas a reducirlo (alguna ciertamente peculiar). Así, por ejemplo, Bischoff y Sprenkle (1993), en el ámbito de la terapia familiar y de pareja, Armbruster y Kazdin (1994) y Flick (1988), mencionan investigaciones donde el abandono se reducía mediante los siguientes procedimientos:

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Recordar a los pacientes la cita con el terapeuta. Esto puede hacerse mediante una llamada telefónica o a través de una nota, Si un paciente no acude es conveniente contactar con él para interesarnos por los motivos de su ausencia, pero no irlo a buscar a su casa porque corrompe nuestros límites profesionales y violentar su intimidad.

Pagar las sesiones. En un estudio se asignó aleatoriamente a familias a una de las siguientes condiciones de tratamiento: terapia familiar gratuita, terapia familiar con pago de honorarios y tratamiento gratuito mediante la visualización de una película ("unpaid family movie treatment"). Observaron una tasa de abandono significativamente menor en la condición "terapia familiar pagada". Este resultado llevaría a pensar en la conveniencia de que los pacientes realicen una aportación económica como pago de la psicoterapia.

Realizar entrevistas de "inducción de rol" previas al tratamiento. Se trataría de mostrar al paciente mediante entrevistas simuladas o sesiones informativas qué se espera de él durante el tratamiento. Son frecuentes los pacientes que comentan "es la primera vez que consulto y no sé muy bien cómo funciona esto". Sin embargo, las investigaciones sobre este tipo de estrategias han dado resultados contradictorios (Flick, 1988), y pensamos que es en las entrevistas diagnósticos previas al tratamiento donde el terapeuta muestra cómo trabaja y donde debe explicar al paciente, con claridad y toda la precisión necesaria, cómo espera que él contribuya al proceso terapéutico.

Las indagaciones acerca del tema del abandono también ponen de manifiesto la importancia de establecer una adecuada alianza terapéutica, de calibrar la cantidad y calidad de las intervenciones verbales y de valorar si es factible establecer de antemano la duración de la terapia.

Aunque pueda ser tranquilizador saber que se produce cierta mejoría en algunos pacientes que abandonan y que un número significativo de dichos pacientes buscan ayuda en otro profesional, cuando se produce un abandono es necesario plantearse qué ha pasado.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Es inevitable que algunos pacientes abandonen, pero serían menos si mejorásemos nuestras técnicas y, sobre todo, los criterios de indicación.

Por lo tanto, debemos de crear o aplicar las herramientas adecuadamente para que puedan prevenir el abandono en psicoterapia y buscar alternativas para que el paciente siga asistiendo a terapia.



Marco Teórico



CAPÍTULO I

LA

PSICOTERAPIA



Capítulo I. LA PSICOTERAPIA

La aceptación es el primer paso para operar cualquier fenómeno de cambio.
-Carl Jung-

Según desde la perspectiva de Ceberio y Des Champs (2000) la psicoterapia implica entre otras cosas, ética y responsabilidad, como también formación y capacitación, conocimiento de la teoría, experiencia clínica y por sobre todo una gran dosis de creatividad. Más allá de las diferencias de enfoques, el proceso de formación debe entenderse como un aprendizaje dinámico que mezcle epistemología, teoría, técnica y práctica. La formación debe ser un proceso permanente y continuo a lo largo de la vida profesional que asocie rigor e imaginación, pero sobre todo que genere la creatividad del terapeuta y respete el estilo del entrenado, ampliándole su gama de herramientas y recursos con miras a incrementar la eficacia de sus intervenciones (Chouhy, 2007).

La Psicoterapia es el arte de utilizar técnicas y estrategias psicológicas para ayudar a las personas a encontrar soluciones eficaces a sus problemas desde la conversación y la colaboración entre paciente y terapeuta, en una relación marcada por el encuentro y el descubrimiento personal de nuevas maneras de percibir y reaccionar ante la realidad que cada uno de nosotros construye continuamente.

Su eficaz definición parte de la dificultad que se encuentra en la naturaleza compleja y diversa en este campo. Actualmente existen una multitud de psicoterapias modernas que difieren en cuanto a sus supuestos subyacentes, focos de tratamiento, objetivos y métodos para alcanzar los propósitos que se plantean. La diversidad en la psicoterapia también se refiere al "contenido" siendo esta el producto de la interacción de diversos factores: las características del cliente, del terapeuta y de la relación.

La psicoterapia es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial.

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

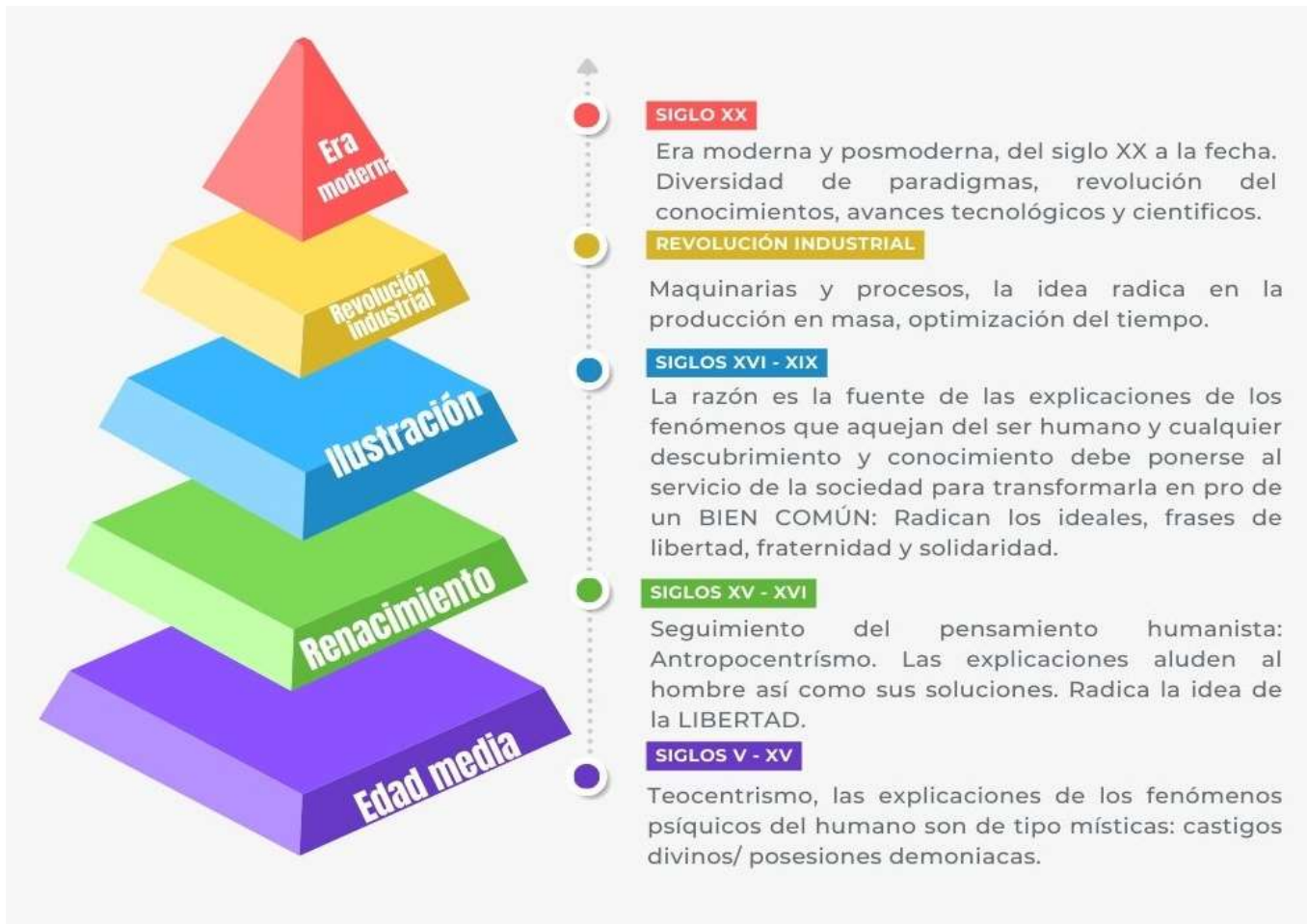
El paciente y el psicólogo trabajarán juntos para identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que le impiden sentirse bien.

Al concluir el tratamiento, no sólo habrá resuelto el problema que le trajo a la consulta, sino que, además, habrá aprendido nuevas destrezas para enfrentar con mayor efectividad cualquier desafío que pueda surgir en el futuro.

Es apenas en el siglo XVIII que la psicoterapia se instala como tal, con métodos y estudios iniciales, pero en la búsqueda específica del bien común; es en el siglo XX cuando se tiene un cuerpo teórico y donde la historia de la Psicología, identifica el momento de su origen moderno.

Durante el devenir de la humanidad siempre ha existido la necesidad de explicaciones a los fenómenos acontecidos en los ámbitos externos o internos de hombres y mujeres; para lo cual en distintas épocas se han definido y se han enmarcado de acuerdo a ideologías específicas.

FIGURA 2: EVOLUCIÓN DE LA PSICOLOGÍA



Fuente: Línea del tiempo de la psicología, Basado en Singer en 1998 – Elaboración propia.

1.1 Origen de la psicoterapia

Se cree que las primeras psicoterapias surgieron en el mundo islámico entre los siglos X y XII d.C. En el siglo XIX se dio el umbral de la psicología como ciencia. Para ello fueron fundamentales los avances en el campo de la fisiología y el desarrollo de los primeros métodos experimentales para el estudio de la mente.

Ana Karen Ocampo Pedrote
 Facultad de Psicología.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Desde el punto de vista de Liebault atribuye el funcionamiento de la hipnosis a la sugestión, por lo que Bernheim deja de lado la hipnosis para basarse en la sugestión directa del enfermo. A esta práctica se le comienza a dar el nombre de psicoterapia.

Aparecieron los tests mentales a manos de Galton (1822- 1911) en Gran Bretaña y Alfred Binet (1857-1911) en Francia.

La atención pasó del hipnotismo al tratamiento de la histeria con los primeros aportes de Freud, quien estudió la psicología del inconsciente utilizando la hipnosis en sus actividades como psicoterapeuta.

La historia de la psicología nos lleva al siglo XX, donde se fundan y desarrollan las principales escuelas de psicoterapia.

Una de las mejores definiciones es la propuesta por Battegay y colaboradores en 1984 la cual dice: “Método científicamente fundamentado de tratamiento de un paciente, una pareja, una familia o un grupo, y destinado a detectar conflictos inconscientes o experiencias fallidas y problemas, con el fin de ayudar al o los pacientes a alcanzar un conocimiento profundo de su estado y mejorar su relación con la realidad”.

1.1.1 Tipos de psicoterapia

Los primeros apoyos a la psicoterapia consistían en relatar historias de casos en donde el terapeuta juzgaba la mejoría del paciente. En los decenios 1930-39 y 1940-49 aparecieron algunos estudios comparativos, aunque eran cuestionables. Este asunto persiste desde los análisis que hizo en 1952 el psicólogo londinense, Hans Eysenk y que publicó con el título: Uso y abusos de la psicología (1953, 1957). Eysenk realizó numerosos estudios, pero no pudo detectar en ellos mejoría o deterioro de los pacientes tratados en psicoterapia de aquellos que no recibieron tratamiento alguno.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

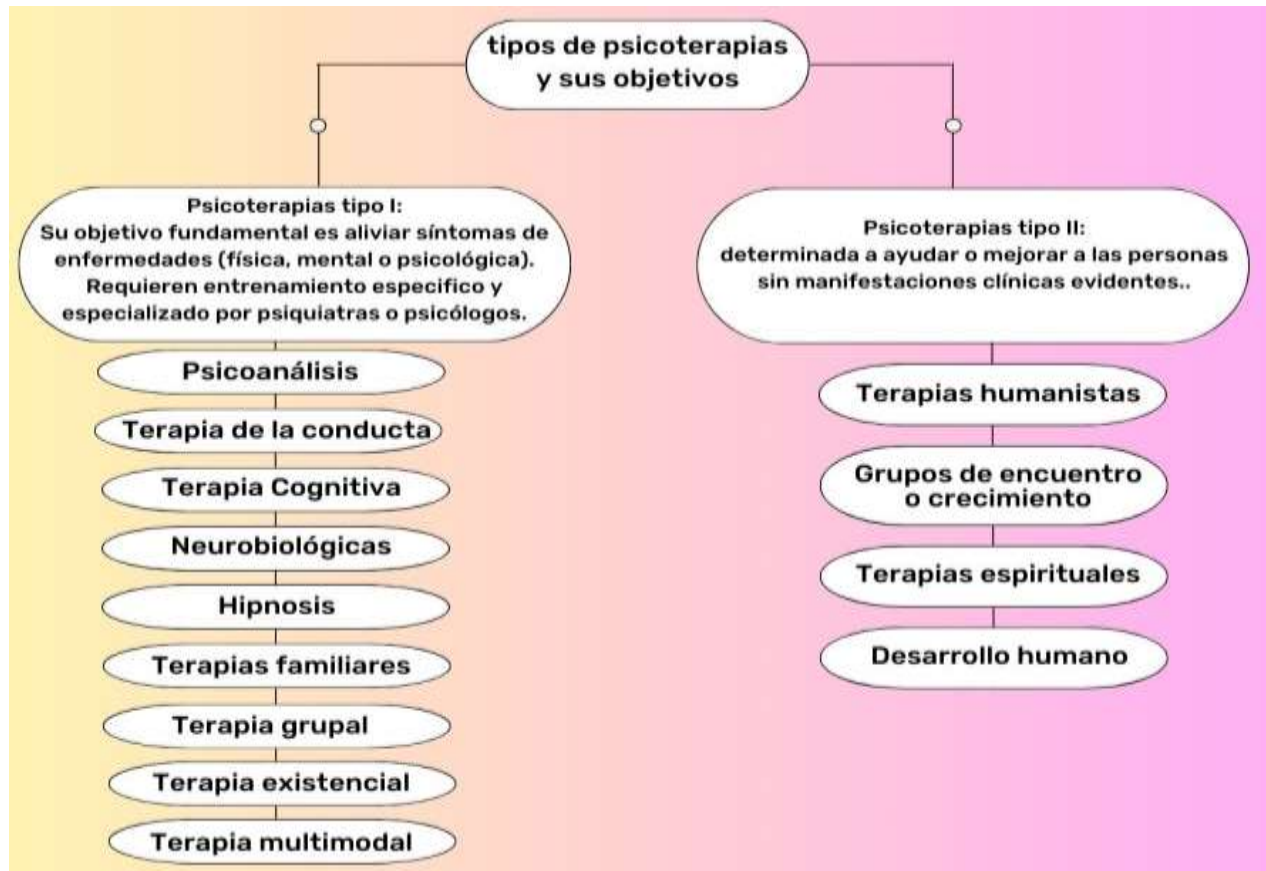
Con respecto a lo anterior la salud mental es una construcción compleja formada en la sociedad y a través de la historia, por lo que el bien común social dependerá de esa sociedad y de ese momento específico en que se defina. A manera general el concepto Psicoterapia incluye todos los procedimientos que utilizan métodos psicológicos para influir en el comportamiento con un propósito terapéutico. En un sentido más amplio, consistiría en el uso de la palabra u otros métodos para aliviar los problemas psicológicos.

De aquí se desprende que no hay un método único o idóneo; existen muchos e importantes de acuerdo a las metodologías y marcos teóricos que se utilizan en cada caso o paciente.

Los objetivos de la psicoterapia se deben tomar en cuenta hacia quien o a quienes están dirigidos. Así entonces tenemos psicoterapias dirigidas a situaciones médicas, físicas o mentales (valoradas bajo parámetros médicos), o pueden ser las psicoterapias que buscan un mejoramiento de diversos aspectos de la personalidad o comportamiento que pueden ser males adaptativos que generan problemáticas en diversas esferas del contexto social o individual.

Con base en ello se propone a una clasificación de los tipos de psicoterapia por sus objetivos.

FIGURA 3: TIPOS DE PSICOTERAPIAS



Fuente: Clasificación de las diferentes psicoterapias por sus objetivos, Según Sigmund Freud en (1896) - Elaboración propia.

Psicoterapias de tipo I: Su objetivo fundamental es aliviar síntomas de enfermedades físicas, mentales o psicológicas que requieren un tratamiento específico y especializado por psicólogos o psiquiatras las cuales son:

Psicoanálisis: El psicoanálisis es una teoría que investiga y ayuda a la comprensión del funcionamiento mental normal y patológico. Asimismo, es un método terapéutico que trata los conflictos y dificultades del psiquismo humano, el tratamiento psicoanalítico se basa en encuentros regulares con el analista, en los cuales, a través del diálogo, se logra una mejor



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

comprensión de uno mismo, se facilita la resolución de los conflictos, se disminuye el sufrimiento psicológico y mejora la calidad de vida.

Un término creado por Sigmund Freud en 1896. Con este término se denomina a un método particular de psicoterapia y se deriva del método catártico usado por Sigmund Freud y Josef Breuer hasta entonces. El psicoanálisis se refiere especialmente a la exploración del inconsciente. Esta exploración clínica se fundamenta en la “asociación libre” por parte del paciente y en la “interpretación” por parte del psicoanalista.

Terapia cognitivo conductual: La terapia cognitiva conductual (TCC) es un tipo de terapia psicológica, es decir, del habla, en la que mediante la ayuda de un psicoterapeuta se realizan sesiones que te ayuden a tomar más conciencia de tus pensamientos negativos, de modo que logres ser más resolutivo en situaciones exigentes. Se trata de una herramienta muy útil, tanto si se realiza sola o combinada con otras terapias. Sirve para tratar algunos trastornos de salud mental, como trastornos alimenticios, estrés postraumático o depresión.

No obstante, no todas las personas que se benefician de la TCC padecen una enfermedad mental. Esta terapia puede ser una herramienta útil para cualquier persona, ya que permite aprender a manejar más calmadamente las situaciones de mucho estrés que vivimos a diario.

Terapias neurobiológicas: actualmente se le conoce como psicoterapia neurológica que se dedica al tratamiento de daño cerebral adquirido (esclerosis múltiple, Parkinson o Alzheimer).

Terapias familiares: La terapia familiar es un tipo de terapia psicológica (psicoterapia) que puede ayudar a los miembros de la familia a mejorar la comunicación y resolver conflictos, la terapia familiar, por lo general, es proporcionada por un psicólogo, un asistente social clínico o un terapeuta suele ser a corto plazo. Puede involucrar a todos los miembros de la familia o solamente a los que son capaces o tienen la voluntad de participar. Tu plan de tratamiento específico dependerá de tu situación familiar.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Las sesiones de terapia familiar pueden enseñarte habilidades para profundizar las conexiones familiares y atravesar momentos estresantes, incluso cuando hayas terminado de ir a sesiones de terapia.

Terapias grupales: La psicoterapia de grupo es un tratamiento en el que un terapeuta une en una misma sesión a un conjunto pequeño de personas con problemas emocionales que suelen ser similares para conseguir que cada uno exprese sus preocupaciones y se ayuden unos a otros, bajo su moderación profesional. Este tipo de psicoterapia se centra en las interacciones y vínculos que surgen en el grupo y es un método que busca dar herramientas a las personas para encontrar soluciones a sus problemas o conflictos psicológicos y emocionales. El objetivo es lograr un crecimiento personal, equilibrio emocional y potenciación de las habilidades sociales.

Terapia existencial: La terapia existencial aborda los problemas con relación a ciertas preocupaciones básicas de la vida y ofrece un procedimiento práctico al respecto. Se define este tipo de psicoterapia como un método de relación interpersonal y de análisis psicológico cuya finalidad es promover un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficiente para asumir y desarrollar libremente la propia existencia. El objetivo de la terapia es analizar ese proyecto y su modificación. La terapia no pretende cambiar la realidad externa, física o social, sino la percepción que tiene la persona sobre las cosas. Su objetivo fundamental es recuperar al ser humano para su autoposesión y autodeterminación.

Terapia Gestalt: La Terapia Gestalt es una terapia psicológica humanista que busca desarrollar el potencial humano y el crecimiento personal. Se trata de una forma de psicoterapia utilizada para tratar diversos trastornos psicológicos y emocionales, la cual nos acerca a conceptos como la toma de conciencia, la autorrealización, el desarrollo personal y la autoestima. Esta terapia procura integrar las conductas, sentimientos y pensamientos del paciente, de manera que sus intenciones y acciones estén enfocadas en conseguir una salud mental óptima. El psicólogo ayudará al paciente a que sea más consciente de sí mismo, a pensar más en el presente y a asumir más responsabilidades en el cuidado de su vida. Las técnicas de la terapia gestáltica incluyen: la confrontación, el análisis de sueños y el juego de roles.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Terapia centrada en el cliente: Según Rogers, el cliente es el que lleva el peso de la terapia (auto-directividad) y no el terapeuta. Sin embargo, el terapeuta tiene que ofrecer al cliente una relación que se define por tres condiciones necesarias y suficientes para lograr el éxito de la misma. Las tres primeras características o condiciones son Empatía, Aceptación positiva incondicional y Autenticidad o Congruencia.

Todo el proceso de la psicoterapia puede traducirse como la actitud del psicoterapeuta en una profunda creencia de respeto y aceptación del cliente y de sus propias capacidades para el cambio: de este modo, todo lo que se hace en la psicoterapia (si entendemos esta como una escuela o enfoque, de la que surgen técnicas o estrategias) es la instrumentalización de esa actitud. Desde el uso del silencio a la empatía, vienen a transmitir este mensaje implícito.

Psicoterapias tipo II: Destinada a ayudar o mejorar a las personas sin manifestaciones clínicas evidentes las cuales son:

Grupos de encuentro o crecimiento: Los Grupos de Crecimiento Personal actuales tienen su origen en las diversas experiencias del trabajo terapéutico con grupos que se iniciaron y desarrollaron durante las décadas de 1950 y 1960, bajo múltiples formas y orientaciones. Los Grupos de Adiestramiento en Relaciones Humanas, las Dinámicas de Grupo, los Grupos de Encuentro y los Grupos de Desarrollo Personal, entre otros muchos tipos de grupos, fueron diferentes precursores de las actuales experiencias intensivas de grupo.

Los Grupos de Crecimiento Personal no son una forma de psicoterapia o de terapia propiamente dicha. No obstante, se fundamentan en la utilización de principios teóricos y técnicas aplicadas, que tienen su origen en diversas escuelas y orientaciones psicoterapéuticas, con el objetivo de facilitar el desarrollo y crecimiento de personas “normales”; personas que tienen dificultades y/o problemas –tanto personales como de relación social– comunes y habituales en un grado “normal”, es decir, que la intensidad de sus dificultades no les inhabilita



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

de modo grave para su funcionamiento personal y social, aunque les limita notoriamente y condiciona su calidad de vida psicológica y social. Los Grupos de Crecimiento Personal se basan en la idea de que no es necesario estar “enfermo” para mejorar.

Los Grupos de Crecimiento Personal actuales consisten en una experiencia intensiva de grupo de varios días de duración diseñada con el objetivo de mejorar la relación de las personas consigo mismas y con los demás. En los grupos se favorece el que los participantes se den cuenta de cómo son sus estilos y modos de relación con los demás y de los efectos que estos tienen sobre sus relaciones interpersonales.

Las experiencias intensivas de grupo intentan promover el desarrollo personal, al ayudar a cada persona a ser consciente de sus propias sensaciones, pensamientos y emociones, con el propósito de lograr una mejora de la comprensión de sí mismo y de los otros.

Terapias espirituales: La terapia energética o terapia de energía es una forma de terapia que persigue la idea de que el cuerpo humano es recorrido por un tipo de energía vital. La meta u objetivo de este tipo de terapias es limpiar nuestro cuerpo y equilibrar la corriente de energía que tenemos. De esta forma, se pretende quitar el estrés, la ansiedad y las preocupaciones, creando un estado de bienestar y tranquilidad.

La terapia de energía cree firmemente que nuestro cuerpo puede estar bloqueado y, mediante la misma, se consigue desbloquear, haciendo que la energía vuelva a fluir. ¿El objetivo? Lograr la estabilidad emocional y mental, consiguiendo una óptima circulación energética por todo el cuerpo.



1.1.2 Características de psicoterapia

En el ejercicio de la psicología clínica, la deserción terapéutica es uno de los problemas más comunes y que más conflictos teóricos y prácticos acarrea a la disciplina; en un estudio realizado en Venezuela por Jo y Almao en el 2001, sobre abandono de los tratamientos en psiquiatría y psicología clínica, se encontró que aunque este tema ha sido pobremente abordado desde la perspectiva terapéutica, las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y 50% del total de consultantes tratados, lo cual es considerablemente superior a la mayoría de las disciplinas en salud; en México, se ha podido establecer que los consultantes asisten en promedio a tres sesiones, lo que es claramente insuficiente para un abordaje efectivo de problemáticas psicológicas (Alcázar, 2007).

La psicoterapia es el tratamiento que tiene como objetivo un cambio de pensamientos, creencias, sentimientos y conductas que pueden haber generado malestar y problemas en la salud mental del paciente. Este proceso se lleva a cabo entre un profesional, con fonación y habilidades clínicas necesarias para facilitar el cambio psicológico, y el paciente busque ayuda.

El psicólogo escucha el sufrimiento, dificultades, problemas y dudas del paciente favoreciendo la expresión de lo que ah experimentando realmente. Además, con el trabajo del psicólogo se podrán poner palabras a lo que ha vivido el paciente, poniendo a su disposición diferentes técnicas, científicamente validadas, como puede ser reformulación de problemas, preguntas abiertas, todas estas técnicas pueden variar en función de la corriente del psicólogo pudiendo ser de cualquier corriente psicológica.

La intención principal de la aplicación de estas técnicas es conseguir cambios en el paciente, creando nuevos hábitos, más saludables y efectivos, que le permitan incrementar su bienestar.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Esto se consigue en el contexto psicoterapéutico haciendo que el paciente se confronte consigo mismo, sus problemas, virtudes y defectos, además de aplicar las técnicas aprendidas en consulta.

El objetivo final del proceso es conseguir que el paciente consiga una vida más feliz, saludable y productiva.

Estas son las principales características que definen a la psicoterapia, tanto relacionadas con el paciente como con el psicólogo.

- Insatisfacción de los pacientes con sus pensamientos, sentimientos y conducta.
- Necesidad de búsqueda y ayuda.
- El psicólogo crea una atmosfera emocional calidad, de apoyo y respeto.
- Se fomenta la confianza y esperanza del paciente.
- No se critica o etiqueta al paciente.
- La terapia va dirigida a producir cambios congruentes con los objetivos del paciente.
- Se trata de incrementar el bienestar del paciente.
- Enseñar aprendizajes emocionales, conductuales y cognitivos significativos.
- Neutralización de miedos irracionales.

Las características más importantes de la psicoterapia tienen que ver con el que se establezca una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el psicólogo. Es por medio de esta que se contribuye a la creación de una atmosfera cálida en la que el paciente se sincera y explica todo lo que le sucede, además de sacar a luz sus creencias irracionales.

Con esto el psicólogo tratara de elaborar estrategias para cambiar los patrones de conducta desajustados, los miedos irracionales, las emociones no aceptadas y formas disfuncionales de relacionarse con los demás.



1.1.3 Objetivos de psicoterapia

El objetivo principal de la psicoterapia es identificar y modificar los patrones de comportamiento, transformar pensamientos que impiden que el individuo se sienta bien. Además, se pretende que, al finalizar el tratamiento, se hayan adquirido nuevas destrezas que le permitan enfrentar de manera eficaz cualquier problema que pueda surgir posteriormente, tomando como referencia la disciplina psicológica de la que surge dicha intervención, así podemos diferenciar:

Terapia cognitiva: modificar los esquemas de pensamiento y los procesos con los cuales el individuo se relaciona con ellos.

Terapia de la conducta: modificar la funcionalidad de la conducta.

Terapia cognitivo-conductual: mezcla ambos planteamientos, ya que en sus fundamentos no son del todo contradictorios y permiten complementarse.

Modificación de conducta: de la perspectiva de conducta surge, por un lado, la terapia de conducta aplicada al ámbito clínico y, por otro, la modificación de conducta, como objetivo se centra en otros contextos además del clínico, pero aplicando todos los conocimientos científicos, muy especialmente de la perspectiva conductual. Por ejemplo, rediseñar el ambiente laboral para promoción de la salud o prevención.

Terapia humanista: conseguir un «ajuste creativo» en la interacción entre la persona y el resto del mundo, centrándose en la experiencia.



1.1.4 Diferencia entre terapia y psicoterapia

El término *terapia* se define como “tratamiento” de cualquier enfermedad o trastorno. Es decir, es un vocablo sinónimo de “tratamiento”. Etimológicamente procede de la palabra griega “*therapeia*” que quiere decir tratamiento, cuidado. En función del modo o remedio empleado en el tratamiento hablamos de inmunoterapia, quimioterapia, fisioterapia, psicoterapia, etc.

La palabra *psicoterapia* se refiere al tipo de terapia que se utiliza para el tratamiento de las enfermedades mentales o emocionales mediante procedimientos psíquicos o psicológicos. Etimológicamente el término psicoterapia procede de dos vocablos griegos “*therapeia*”, que como dijimos más arriba quiere decir tratamiento, cuidado, y de “*psykhe*”, que significa alma, mente.

La psicoterapia es impartida por un profesional de la principalmente psicólogo o médico, que puede abordar los diferentes trastornos psicopatológicos, habiendo realizado una formación específica en el área de la psicoterapia, y en una institución reconocida con programas de formación acreditados, que cumplen parámetros de rigor y de calidad, existen un gran número de psicoterapias, por ejemplo: Psicoanálisis, Conductismo, Gestáltica, Cognitivismo.

Existen muy diversos marcos teóricos desde donde se puede desarrollar una psicoterapia exitosa, es decir, que lleve a un cambio positivo y duradero en la calidad de vida de quien solicita esta atención. Cada uno de estos marcos teóricos proviene de alguna escuela de psicología, que son las grandes escuelas de pensamiento e investigación básica a partir de las cuales se desarrollan una amplia variedad de enfoques terapéuticos basadas en los principios y pilares filosófico/científicos sobre los cuales se apoyan.



CAPÍTULO II

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS



Capítulo II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

*Cuando te conoces a tí mismo, más paciencia
tienes para lo que ves en los demás.
-Erik Erikson-*

2.1 Edad

La investigación sobre la influencia de la edad en el abandono prematuro de la terapia deja en claro que esta variable desempeña un papel crucial en la adherencia al tratamiento psicológico. Según varios estudios (Graveley y Oseasohn, 1991; Heisler et al., 1982; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Foulks et al., 1986; Frank et al., 1985; Bueno Heredia et al., 2001; Carpenter et al., 1981), se ha determinado que los pacientes más jóvenes presentan una menor adherencia al tratamiento, lo que se refleja en tasas más altas de abandono y en una menor frecuencia de asistencia a la primera cita (Oiesvold et al., 2000).

Por otro lado, se observa que los adultos mayores y los ancianos tienen una tendencia menor a abandonar la terapia (Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Kemp y David, 1996), aunque suelen cometer más errores en el cumplimiento del tratamiento prescrito debido al posible deterioro cognitivo que puedan experimentar.

2.1.1 Género

La influencia del género es una variable en la que nuevamente se observan discrepancias. Varios autores sostienen que el sexo es un factor determinante en el abandono del tratamiento (Cross y Warren, 1984; Evans y Spelma, 1983; Sparr, Moffit y Ward, 1993), y se ha encontrado que las mujeres son menos propensas que los hombres a abandonar su tratamiento (Blouin et al., 1985; Danion et al., 1987; Goodwin y Jamison, 1990; Passos y Camacho, 2000). Sin embargo, otros autores han obtenido resultados contradictorios (Baekeland y Lundwall, 1975).



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Al igual que ocurre con la edad, existen estudios en los que no se ha encontrado influencia del género en la adherencia terapéutica (Atwood y Beck, 1985; Berrigan y Gardfield, 1981; Buchanan, 1992; García Cabeza et al., 1999; Hershorn, 1993; Keck et al., 1996; Krulee y Hales, 1988; Matas, Stanley y Griffin, 1992; Roberts, 1985).

2.1.2 Estado civil

El estado civil es una variable ampliamente investigada y presenta resultados concluyentes y consistentes. La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que los pacientes solteros tienden a ser menos cumplidores que los casados (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Bueno Heredia et al., 2001; Cross y Warren, 1984; Frank et al., 1985; Freire Arteta, 1990; Graveley y Oseasohn, 1991; Haring et al., 1981; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Krulee y Hales, 1988; Matas et al., 1992; Sparr, Moffit y Ward, 1993), e incluso esta tendencia se aplica a relaciones similares al matrimonio (Cross y Warren, 1984).

Del mismo modo, los pacientes divorciados, separados o viudos muestran un peor cumplimiento del tratamiento (Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Lynch, 1986; Matas et al., 1992; Moras y Stupp, 1982; Sweet y Nones, 1989), al igual que aquellos que viven solos (Col, Fanale y Kornhom, 1990; Oiesvold et al., 2000), experimentan desarmonía marital (Roberts, 1985) o han tenido múltiples matrimonios (Hershorn, 1993). Por otro lado, se observa una mejor adherencia a la terapia en personas con un mayor número de hijos (Freire Arteta, 1990).

Este fenómeno puede explicarse por el hecho de que las personas sin pareja no cuentan con el apoyo, estímulo y supervisión que esta proporciona, lo cual ayuda al paciente a mantenerse en el tratamiento (Blackwell, 1976; Cross et al., 1980; Cross y Warren, 1984; Johansson et al., 1996; Sheehan y Cross, 1981; Smith, Barzman y Pristach, 1997; Sweeney et al., 1984; Weiden et al., 1991). Vivir solo, sin pareja o sin familia que supervise y apoye a la persona en tratamiento, al igual que la falta de apoyo social, tiene un impacto negativo en la adherencia (Kelly, Scott, Appel y M., 1987).



2.1.3 Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico de los pacientes que buscan tratamiento en el campo de la salud mental es una variable estable. Se ha encontrado una clara relación entre un bajo nivel socioeconómico y el abandono prematuro del tratamiento, la pérdida de citas y el incumplimiento parcial. Aunque existen algunos estudios aislados que no confirman esta influencia o encuentran resultados contradictorios (Beckham, 1992; Berrigan y Gardfield, 1981; Bischoff y Sprenkle, 1993; Bueno Heredia, 2001; Sparr, Mofit y Ward, 1993; Weighill, Hodge y Peck, 1983; Dick et al., 1996; Johanson et al., 1996; Carpenter et al., 1981; García Cabeza et al., 1999; Keck et al., 1996; Matas, Stanley y Griffin, 1992; Roberts, 1985; Col, Fanale y Kornhom, 1990).

Algunos autores atribuyen el problema de la adherencia en personas de clases sociales bajas a una discrepancia entre las expectativas de los pacientes y las de los terapeutas. Sin embargo, otra interpretación posible es que las personas con un bajo nivel socioeconómico tienen una jerarquía de necesidades en la que el tratamiento psicológico o psiquiátrico se relega a un segundo plano, ya que tienen otras necesidades básicas más inmediatas y prioritarias que satisfacer (Otero et al., 2001).

Además, la falta de reducción en los costos que los pacientes deben afrontar y la carencia de un seguro médico tienen un impacto negativo en la adherencia. Aunque algunos estudios han demostrado que recibir ayuda económica del gobierno no mejora la continuidad en el tratamiento (García Cabeza et al., 1999; Lynch, 1986; Oiesvold et al., 2000; Swett y Nones, 1989; Wells et al., 1986; Atwood y Beck, 1985; Blackwell, 1976; Hershorn, 1993).

2.1.4 Nivel educativo

El bajo nivel educativo suele estar asociado con el nivel socioeconómico bajo, y también se ha relacionado con problemas en la adherencia al tratamiento. Sin embargo, existen estudios en los que no se encontraron diferencias significativas en relación al nivel educativo (Bischoff y

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Sprenkle, 1993; Chan, 1984; Fisher, Winne y Ley, 1993; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996; Smith et al., 1999; Atwood y Beck, 1985; Hershorn, 1993).

También, se observa un efecto diferente cuando se evalúan los cambios que los pacientes realizan en la toma de su medicación. Los individuos con educación elemental tienden a cambiar su régimen de medicación con menos frecuencia que aquellos con educación secundaria o superior (Ruscher, Dewit y Mazmanian, 1997).

El estatus ocupacional también parece estar relacionado con la continuidad del tratamiento, ya que las personas con un estatus bajo tienden a tener una adherencia deficiente (Verdux et al., 2000), de manera similar, las personas empleadas tienden a seguir su tratamiento de manera más consistente que aquellos que están desempleados (Hershorn, 1993).

2.1.5 Condición laboral

La estabilidad laboral ayuda al cumplimiento del tratamiento (Hershorn, 1993), ya que se ha demostrado que las personas que llevan más tiempo con el empleo actual y cambian con mayor frecuencia de trabajo se adhieren mejor a la terapia, aumentando el paro el riesgo de reingreso (Oiesvold et al., 2000).

Existen investigaciones en las que no se ha encontrado influencia en la adherencia del empleo previo o del estatus laboral (Atwood y Keck, 1985; Buchanan, 1992; Hillis, Eagles y Eagles, 1993). Si se tienen en cuenta los resultados del meta-análisis de 73 estudios de abandono terapéutico de Sharf (2008), las variables sociodemográficas simples del cliente (edad, género, estado civil y el nivel de educación) son las que están menos relacionadas con el abandono.

No obstante, variables de proceso como la alianza terapéutica, las expectativas con respecto al tratamiento, la motivación del paciente, o relacionadas con la personalidad o las actitudes (autoeficacia, hostilidad o impulsividad) son predictores moderados fuertes del abandono.



2.1.6 Variables clínicas

La motivación del paciente es un aspecto imprescindible para minimizar el abandono de la psicoterapia y, por supuesto, para indicarla, Bischoff y Sprenkle (1993) revisaron el tema del abandono en terapias familiares y de pareja, observando que dicho abandono es menor en pacientes que han tenido una experiencia terapéutica previa. Sabemos también que un importante número de pacientes que abandonan una terapia buscan ayuda en otro profesional u otra institución (Luborsky, Crits Christoph, Mintz y Auerbach, 1988, Piper, Azim, McCallum y Joyce, 1991), de modo que habría unas personas motivadas a buscar ayuda y que no cesan en su empeño, incluso aunque hayan tenido una experiencia previa no suficientemente satisfactoria.

En el estudio de Richmond la personalidad (1992), un aspecto compartido por los pacientes que interrumpían el contacto con la institución (tanto antes de empezar la psicoterapia como una vez iniciada ésta) era la tendencia a rechazar la introspección (se les ofrecía terapia orientada al insight, atribuyendo a causas externas la naturaleza de sus dificultades. Nos parece que existe semejanza entre el "rechazo a la introspección" apuntado por Richmond y la "psychological mindedness" ("disponibilidad psicológica") o habilidad para identificar componentes dinámicos (deseos, ansiedad, defensas y afectos) conflictivos y relacionarlos con las dificultades personales (Piper et al., 1991). Esta variable también se ha comprobado que está asociada con el abandono en terapia de grupo de orientación dinámica.

Mientras que la tasa de abandono general de la muestra de pacientes con los que trabajaron se situaba en el 28%, sólo abandonaba un 60% de los pacientes con elevada "disponibilidad psicológica".

2.1.7 Rol del terapeuta

En el estudio realizado por Beckham (1992), se encontró que los pacientes que abandonaron el tratamiento se caracterizaban por percibir a los terapeutas como menos cálidos, empáticos y auténticos. Dado que se recopiló esta información después de la primera sesión,

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Beckham sugiere que se podría estar evaluando tanto la capacidad del terapeuta para establecer una conexión emocional con el paciente como la capacidad del paciente para establecer una alianza de trabajo adecuada con el terapeuta.

Probablemente, ambas variables son relevantes, ya que la relación terapéutica se construye a través de la implicación tanto del paciente como del terapeuta. Tryon y Kane (1995) confirmaron este hecho y encontraron que los pacientes que abandonaron la psicoterapia tenían una alianza de trabajo más débil en comparación con aquellos que finalizaron el tratamiento de manera mutuamente acordada. Esto sugiere la hipótesis de que los abandonos ocurrieron cuando la alianza de trabajo se debilitó.

2.1.8 Rol del terapeuta-paciente

Varias investigaciones indican que tanto el paciente como el terapeuta son capaces de predecir la duración del tratamiento al inicio (Beck et al., 1987; Fraps et al., 1982; Tryon, 1992). Un hallazgo interesante del estudio de Beck et al. (1987) es que se encontró una asociación entre el abandono del tratamiento y el método de finalización anticipada elegido por los pacientes. Aquellos pacientes que esperaban finalizar el tratamiento cuando lo acordaran tanto ellos como sus terapeutas permanecieron en terapia durante más tiempo que aquellos que predijeron una forma de finalización diferente.

Se observó que la tasa de abandono también era mayor entre los pacientes que tendían a olvidar las citas con otros profesionales de la salud o a no seguir las indicaciones médicas (Fraps et al., 1982).

Podemos plantear la hipótesis de que aquellos pacientes que tienen una mayor capacidad para contar con el otro, confiar en el profesional al que acuden en busca de ayuda y establecer una relación con la expectativa de finalizarla cuando ambas partes, terapeuta y paciente, lo acuerden, probablemente realizarán tratamientos más largos y tendrán menos probabilidades de abandonar.



2.1.9 Importancia de la aplicación de la entrevista inicial

La psicología utiliza una entrevista inicial como punto de partida para cualquier enfoque terapéutico. El propósito de esta entrevista es comprender y evaluar la situación que requiere servicios psicológicos.

La entrevista es de gran importancia, ya que a menudo no se sabe cuál será la participación del cliente o su familia en el proceso. Durante esta etapa se establece el rapport, que se refiere a una conexión psicológica y emocional en la que las personas se sienten en sintonía y se relacionan bien entre sí (Stewart, 1998). Esta conexión es fundamental para establecer la confianza en el terapeuta y en el tratamiento que se brindará.

El terapeuta es un profesional capacitado en técnicas psicológicas y tiene un código ético que garantiza la confidencialidad de la información proporcionada. Además, esta información se utilizará únicamente para realizar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Durante la entrevista, el terapeuta recopilará datos generales del cliente y su familia, la historia del desarrollo del cliente y la situación que lo lleva a buscar ayuda. También se exploran los hábitos familiares, las formas de disciplina y se revisan estudios médicos, psicológicos o escolares previos, así como cualquier otra información relevante que los padres o el cliente consideren importante. Algunos terapeutas pueden comenzar aplicando cuestionarios estandarizados. Además, la observación durante la entrevista es otro aspecto importante para evaluar la situación. También se explican los procedimientos a seguir en futuras consultas.



CAPÍTULO III

PROPUESTA DE HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS PARA REDUCIR EL ABANDONO EN PSICOTERAPIA



Capítulo III. PROPUESTA DE HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS PARA REDUCIR EL ABANDONO EN PSICOTERAPIA

Ser completamente honesto con uno mismo es un buen ejercicio.
-Sigmund Freud-

3.1 Aplicación de cuestionario

El presente cuestionario consta de 7 preguntas abiertas para recabar la información necesaria del porque el paciente abandono su tratamiento psicológico y poder utilizar la información para evitar un abandono futuro.

FUGURA 4: CUESTIONARIO PARA DETERMINAR POR QUÉ EL PACIENTE ABANDONA SU TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Género

Edad

Estado civil

Nivel educativo

Situación laboral

1. ¿Cuál fue la causa principal que lo motivó a abandonar la terapia psicológica?
2. ¿Está consciente que asiste a terapia psicológica porque realmente lo necesita?
¿Por qué lo necesita?
3. ¿Qué idea tenía usted, antes de asistir al psicólogo?
4. ¿Cómo se sintió después de ir al psicólogo? ¿Continuaría con su tratamiento?
5. ¿Su situación laboral, familiar o académico fue un problema para que asista a la terapia psicológica? ¿Por qué?
6. ¿Le pareció acogedor el lugar donde recibió la terapia psicológica? ¿Por qué?
7. ¿El psicólogo le explicó qué métodos iba a utilizar para su evaluación y tratamiento?

Fuente: - Elaboración propia



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

3.1.1 Entrevista clínica

La entrevista clínica es el medio a través del cual se obtienen datos significativos y aclaratorios a la hora de realizar un diagnóstico psicológico clínico o neuropsicológico. Además de la información recabada, permite definir el tipo de tratamiento que el paciente necesita, así como tomar las decisiones y juicios clínicos oportunos. Por tanto, a través de la entrevista clínica se pretende llegar a los siguientes objetivos:

Obtener un diagnóstico o juicio clínico.

Conocer a la persona.

Crear y mantener la relación interpersonal.

Comprometer al paciente en el tratamiento.

Respetar el tiempo.

Responder a las expectativas del paciente.

En la mayoría de las ocasiones, la entrevista clínica se establece durante las primeras tomas de contacto entre terapeuta-paciente, donde además de obtener información significativa, se crean los primeros lazos y vínculos, que afianzarán el trabajo posterior. Por eso, durante la realización de dicha entrevista se deberá crear un clima de confianza, calidez y apertura que favorezca la comunicación interpersonal desde la primera toma de contacto.

A través de esta comunicación interactiva, que se establece tanto a nivel verbal como no verbal, se abordarán emociones, sensaciones y pensamientos que el terapeuta ha de saber gestionar a fin de esclarecer las necesidades del paciente y poder así conceptualizar el caso.

Es por ello que, durante el proceso, debe procurarse conseguir una atmósfera relajante que permita el diálogo franco, fructífero y, por consiguiente, una comunicación abierta.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Asimismo, se debe mantener una actitud profesional y racional, minimizando manifestaciones e interpretaciones simplemente emocionales y buscando avanzar en la conversación con un sentido práctico. El cuidar todos estos aspectos es fundamental.

De lo contrario, se puede crear un ambiente de desconfianza o tenso si las partes no consiguen intercambiar sus primeras palabras de forma confiada y abierta.

Para la realización de una adecuada entrevista clínica hay que tener en cuenta:

1. El primer paso es establecer el objetivo de la entrevista, en la que el entrevistado sepa desde el comienzo cómo será el funcionamiento de la misma, así como el objetivo que se pretende conseguir.
2. Se podrán aplicar diferentes estrategias de recolección de datos, considerando preguntas abiertas, semiabiertas o cerradas. Así mismo, se podrán aplicar instrumentos de evaluación, escalas, cuestionarios, autorregistros o cualquier otro mecanismo que favorezca la recogida e interpretación de la información.
3. El entrevistador mantendrá una conducta de empatía y escucha activa adecuados, con un nivel de diálogo facilitador y abierto, a fin de que el paciente pueda exponer la información con claridad y sin limitaciones.
4. Se deberá ofrecer el tiempo necesario para la respuesta de cada pregunta, tratando de que el entrevistador tenga un papel secundario, de tal manera que no influya en la respuesta del paciente ni restrinja la información que este puede aportar.
5. Durante la entrevista clínica, el terapeuta deberá mantener un nivel óptimo de atención, que le permita seleccionar la información más importante, reconducir la entrevista en los momentos que se salgan de los límites marcados y reformular preguntas de manera que se aclaren datos que no estén claros.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Combinar diferentes modelos de entrevista:

Entrevista estructurada, con una organización de preguntas cerrada, donde se focaliza al máximo la consecución de la información que se plantea como objetivo.

Entrevista semiestructurada, combinación de preguntas cerradas con preguntas abiertas, donde se permite al paciente dar mayor cantidad de datos sobre los ítems que se preguntan.

Entrevista abierta, entrevista sin estructura cerrada, con preguntas abiertas, donde el papel del terapeuta y paciente es más dinámico. El paciente puede decidir qué contar y a partir de ahí el terapeuta reformula y reorienta la entrevista en función de los indicadores que desea cotejar.

La entrevista clínica simboliza el primer paso, fundamental, a la hora de que cualquier clínico pueda extraer la información más relevante, a fin de realizar una buena conceptualización del caso y diseñar una pauta de tratamiento eficaz. Es por ello que el buen manejo de las diferentes técnicas, estrategias y habilidades para la obtención de datos será crucial a la hora de iniciar cualquier relación terapéutica y que el profesional pueda trazar el mejor plan de acción.

3.1.2 Vinculo terapéutico

En el campo de la psicoterapia, la relación terapéutica ha tomado una relevancia que se apoya sólidamente en hallazgos que dan cuenta de sus efectos sobre los procedimientos y resultados obtenidos desde diferentes perspectivas teórico-clínicas (Bordin, 1979; Horvath y Greenberg, 1994; Horvath y Luborsky, 1993; Safran y Muran, 2005). La terapia psicológica individual es una relación diádica diferenciada y asimétrica que se desarrolla al mismo tiempo en torno a un interés común entre terapeuta y consultante. Esto es, relatos e hitos personales del consultante, quien busca ayuda, consejo, contención, orientado principalmente a resolver temas personales.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

El consultado, tomando un rol de experto, busca acceder al mundo personal de su consultante, pretendiendo que éste sea receptivo, reflexivo y activo frente a sus observaciones. Igualmente espera que, como resultado de esta interacción, el consultante desarrolle nuevas ideas, conductas y sentimientos, que perciba como facilitadores para su vida y permita resolver las dificultades que lo han llevado a consultar (Bernales, 2005; Hill y Knox, 2009).

En esta relación ambos participantes asumen diferentes roles, compartiendo intersubjetivamente la estructura y las reglas de ese encuentro, lo que ocurre independientemente de la explicitación previa, siendo parte de consensos sociales que son dados por sentado.

De este modo, la terapia transcurre a través de la creación de un vínculo que se desarrolla en el contexto de una tarea común, con necesidades individuales diferentes, algunas explícitas, dentro de los límites de un encuadre terapéutico que busca una estabilidad.

El vínculo, como el aspecto de la alianza de cualidad más afectiva y de significado personal para cada actor, comprende un entramado complejo entre paciente y terapeuta que incluye la confianza y aceptación mutua y que determina el tono emocional que se comparte en dicha relación (Horvath y Luborsky, 1993). Este vínculo o lazo afectivo se desarrolla a través de la interacción terapéutica en el diálogo. Considerar una aproximación dialógica (Hermans, 2001; Marková, 2000, 2003; Valsiner, 2002) nos parece un marco adecuado y coherente para abordar el estudio del proceso que se despliega entre terapeuta y consultante.

Este marco de estudio se focaliza en las acciones comunicacionales, donde ocurre una co-construcción de significados y se desarrolla el proceso de dar sentido a la experiencia. Esta aproximación al estudio de la alianza terapéutica, es novedosa para explorar particularmente el proceso a través del cual ésta se desarrolla y se repara.

El significado desde esta perspectiva es un fenómeno emergente en el diálogo que integra aspectos cognitivos y afectivos. Los significados de la experiencia son creados y modificados en el flujo dialógico y recursivo desde el espacio personal, al espacio social y cultural (Valsiner, 2000).

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

El modelo dialógico enfatiza la naturaleza social de la experiencia humana, donde el desarrollo psicológico y del sí mismo se despliegan como procesos que son parte de una comunidad y su cultura (Valsiner, 2003). Es decir, el significado que constituye el material sobre el cual se elabora en terapia, se desarrolla en un espacio subjetivo, dentro de los límites y posibilidades de la intersubjetividad (Coelho y Figueiredo, 2003; Cornejo, 2004).

Las acciones y los hechos de la experiencia van a adquirir realidad en la medida que son significados por los hablantes, a través de ir tomando en el diálogo, perspectivas compartidas o diferentes. Vínculo terapéutico desde la perspectiva dialógica:

Desde el modelo dialógico es posible abordar el vínculo terapéutico como un proceso relacional y una experiencia emocional que es co-creada, ocurre y transcurre entre dos subjetividades. Por lo tanto, progresa como un entramado de expresiones afectivas y de valores (explícitos o implícitos, centrales o periféricos) que son parte de la acción comunicativa.

Sus expresiones permiten dar cuenta de la cualidad y trayectoria de este enlazamiento y al mismo tiempo lo crean a cada instante de la interacción (Bajtín, 1989). Considerando lo anterior, el vínculo aparece como un fenómeno psicológico que se crea y transcurre en una temporalidad, siendo su cualidad de proceso, de trayectoria, su característica central en tanto fenómeno en construcción constante.

El vínculo terapéutico implica una concepción diádica de la terapia, según la cual los fenómenos emergentes en la interacción dependen de ambos participantes y son resultado de las dinámicas de intersubjetividad (Coelho y Figueiredo, 2003; Hermans, 2001; Marková, 2000, 2003). Estas dinámicas, comprenden dimensiones relacionales tales como cualidad de lo compartido, mutualidad y reciprocidad. Como cualidad de lo compartido, se alude a la búsqueda o referencia a significados y conocimientos comunes.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

La mutualidad es entendida como supuestos relevantes, conocimientos o premisas de la comunicación que se toman por mutuamente conocidos. La reciprocidad por su parte, implica que cada acción se realiza hacia un otro con el cual se interactúa, teniendo la expectativa de recibir una respuesta (Linell, 1995).

El proceso intersubjetivo es inestable y parcial, dado que transcurre a través de fluctuaciones de la mutualidad y se ve afectado por variaciones de la comprensión y del acuerdo. De acuerdo a Foppa (1995), la comprensión es un aspecto central de la intersubjetividad, teniendo una función principalmente instrumental en la cualidad del vínculo, ya que constituye la base sobre la cual se construye una relación. Los acuerdos, por su parte, reflejan el aspecto más social del proceso comunicativo.

Las variaciones de la intersubjetividad y de los niveles de acuerdo, influyen y son influidas por las acciones de los interlocutores que van modificando lo enunciado y lo comprendido. Este proceso dinámico se desarrolla a través de acciones generativas y de chequeo mutuo momento a momento de la comprensión y el acuerdo. Este fenómeno explica que la alianza terapéutica no se desarrolla en una misma dirección, sino que fluctúa entre fortalecimientos y quiebres (Safran y Muran, 2005). Este proceso se despliega entre dos posturas, o como señala Marková, entre un Ego – quien vivencia en primera persona – y un Alter – ese otro a quien es dirigida la acción (Marková, 2003). Toda interacción, por tanto, se desarrolla en un escenario de posiciones asimétricas, diferentes, y consecuentemente se genera una tensión que empuja hacia su resolución.

El encuentro entre dos, por consecuencia, implica esfuerzos por balancear desequilibrios y variaciones, hacia la construcción de sentido de la experiencia subjetiva y hacia la experiencia de intersubjetividad. Estas tareas demandan un manejo de meta-nivel del proceso de construcción de significados (CS) a través de acciones de búsqueda y entrega de retroalimentación, de meta-comunicación, reformulaciones y negociaciones de significados. (Foppa, 1995; Linell, 1995; Marková, 2000; Valsiner, 2004).



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Este es un aspecto relevante en la relación terapéutica, que se relaciona con acciones de cuidado del vínculo y reparación de los impasses (Safran y Muran, 2005).

3.1.3 Empatía

Como técnica cognitiva, el objetivo de la empatía es para dar al paciente la oportunidad de manifestar las emociones y sentirse comprendido. Se realiza muy poco o ningún esfuerzo en retar o refutar cualquier cosa que este diciendo el paciente. Más bien, el objetivo es proveer aporte emocional e intentar ver el mundo a través de los ojos del paciente. Intentar mostrar al paciente que se es su aliado y que puede apoyarse - a un nivel intelectual y emocional- en uno para lo que tenga que afrontar. El terapeuta puede usar tres poderosas habilidades de escucha para conseguir estos objetivos.

Estas son:

La Técnica del Desarme: el terapeuta se introduce en lo que dice el paciente. El terapeuta encuentra parte de verdad en lo que afirma el paciente, incluso si esas afirmaciones parecen ilógicas y poco razonables.

Empatía de Pensamientos y Emociones: el terapeuta se muestra comprensivo en lo que dice el paciente parafraseando las palabras (Empatía de pensamiento); el terapeuta también se muestra comprensivo de como el paciente se siente, mostrándose como se expresa el paciente (empatía de sentimientos).

Exploración: El terapeuta también, de forma amable, usa dos poderosas habilidades de auto-expresión cuando empatiza con el paciente.

Dominar de forma apropiada estos tres métodos supone un gran reto que requiere un considerable entrenamiento.

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Incluso aunque puedan parecer muy normales sobre el papel, pueden ser increíblemente difíciles de aplicar en las situaciones de la vida real, especialmente cuando el terapeuta se siente atacado por la ira del paciente o cuando las afirmaciones del paciente parecen completamente irrazonables desde la perspectiva del terapeuta.

La empatía es particularmente importante en tres fases cruciales de la terapia:

1) Al comienzo del tratamiento, cuando el paciente tiene que contar su historia. La catarsis emocional puede proporcionar una importante unión entre terapeuta y paciente.

2) En cualquier momento de las sesiones de terapia cuando el paciente repentinamente se siente abrumado por una emoción -tal como miedo, pánico, ira, o desesperación- El terapeuta debería inmediatamente poner todas las técnicas cognitivas-conductuales a un lado y ofrecer apoyo emocional. Una vez que el paciente ha expresado esos sentimientos y verse entendido y aceptado, se puede volver a la intervención terapéutica de nuevo.

3) En cualquier momento que haya una ruptura de la alianza terapéutica debido a que el paciente se siente disgustado con el terapeuta. Esto puede ser debido a que el paciente se siente herido, airado, desconfiado, no comprendido, juzgado, rechazado o criticado por el terapeuta.

3.1.4 Recordatorio telefónico de cita

Lograr una buena adherencia al tratamiento psicológico es un reto que las disciplinas relacionadas con la salud llevan mejorando desde hace décadas.

Y es que tanto en la toma de medicamentos como acudir a citas de intervención o de seguimiento, la tasa de abandono es muy elevada y es conocido el impacto negativo que esto supone para la salud.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado a conocer en numerosas publicaciones de su importancia, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas.

Así lo afirma Masur y Anderson (1988), en su estudio donde analizaban la posibilidad de utilizar recordatorios para mejorar la adherencia, como llamar al paciente por teléfono o enviarle una tarjeta recordatoria dentro de las técnicas comportamentales para mejorar la adherencia.

Con la llegada de los móviles, diferentes estudios han investigado la eficacia de utilizar recordatorios a través de SMS o alarmas diarias.

Diversos monográficos como el de la SEFH de 2017 y revisiones de publicaciones apuntan a la importancia de recordatorios como forma de aumentar la adherencia terapéutica. Un detalle cómo encontrarse un aviso en el momento oportuno puede hacer que el tratamiento continúe sin interrupción, sobre todo cuando se está varios días seguidos sin contacto directo con un profesional de la salud que supervise su tratamiento.

Por ello, todo indica que esta clase de estímulos simples son capaces de mejorar el grado de compromiso que los pacientes tienen con respecto a la terapia.

3.1.5 Terapias de grupo

Según Hoffman L. (1922) Las personas crecen dentro de un sistema familiar del cual toman información que terminará siendo la “base” del sistema de creencias que tiene cada individuo. La psicoterapia de grupo es un tratamiento en el que personas con problemas emocionales, sociales o conductuales se reúnen en un grupo dirigido por un terapeuta entrenado y se ayudan unas a otras a llevar a cabo cambios de conducta o personalidad. El terapeuta de grupo dirige las interacciones de los miembros del grupo para que logren sus cambios.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

La terapia de grupo incluye los tres universos (individuo, grupo, sociedad) en los que se desarrolla, piensa y vive el ser humano; la intervención en un espacio grupal va a generar cambios en cada uno de estos universos.

El concepto “psicoterapia de grupo” engloba determinados métodos de tratamiento que, en presencia de uno o varios terapeutas, estimulan la labor autocentrada de los miembros. Para ello se acude a motivaciones psicológicas profundas y a la dinámica grupal, las cuales actúan sobre los individuos y el grupo. La transformación es fundamentalmente una cuestión de relación que surge de innumerables conexiones entre personas así lo afirma (McNamee S., Gergen K J. 1992).

Se define como “psicoterapia de grupo” al conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora preestablecida de común acuerdo entre terapeuta y pacientes y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común, la curación. Los miembros del grupo desempeñan inconscientemente determinados roles o funciones en estrecha relación de interdependencia. Mientras sus roles están sujetos a cambio continuos, el terapeuta desempeña el papel de líder formal del grupo. Las creencias sostenidas por los individuos construyen realidades y las realidades se mantienen a través de la interacción social, lo que a su vez, confirmará las creencias, que entonces, se originan socialmente (Fruggeri L. 1992).

Modelo Psicoanalítico: Se acepta generalmente en la actualidad la aplicación de conceptos psicoanalíticos a la terapia de grupo, aunque no siempre fue así, dado que la comunidad psicoanalítica se enzarzó en un acalorado debate sobre la eficacia de la terapia de grupo en general. La psicopatología se entendía como el resultado de conflictos intrapsíquicos, de forma que el tratamiento consistía en analizar al paciente como individuo. Poco a poco se ha ido demostrando la eficacia de la terapia grupal aplicando la teoría psicoanalítica y actualmente muchos psicoanalistas utilizan este exitoso modelo. Así como Burrow, Wender, Schilder y Wolf, que iniciaron la aplicación sistemática de los conceptos del psicoanálisis individual a un contexto de grupo con el objetivo de la integración social.

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Su meta es proporcionar un clima que ayude a los clientes a explicar las relaciones familiares de la infancia para facilitar el insight sobre los orígenes del trastorno psicológico evolutivo y estimular una experiencia emocional correctiva. Esto facilita la interacción del grupo, creando un clima de aceptación y tolerancia.

Una vez obtenido el insight sobre psicodinámica y psicopatología, terapeuta y paciente buscan opciones alternativas ante la presencia del conflicto en las distintas áreas de la vida. Para algunos autores, la distinción entre psicoterapia analítica de grupo y otras terapias se centra en la presencia de elaboración e integración del proceso terapéutico. Elaboración es el análisis de las resistencias y otros factores que evitan el insight. Produce cambios significativos y duraderos en el paciente.

Fundamentalmente, las cuestiones relativas a la utilización eficaz de los principios psicoanalíticos en la terapia de grupo se centran en la transferencia generada en el ámbito multipersonal del grupo y en la oportunidad para el estudio de temáticas individuales en el encuadre grupal. Se acepta que la transferencia se desarrolla bien en el marco del grupo, aunque su naturaleza sea diferente. Aunque es cierto que en el grupo no se dispone de mucho tiempo para la exploración intensiva de las historias individuales, no es menos cierto que el grupo ofrece muchas más oportunidades para comparar y contrastar las percepciones presentes con las experiencias pasadas.

El psicoanálisis de grupos introduce una actividad que generalmente no se da en otras terapias de grupo: la interpretación de la naturaleza de los procesos inconscientes en la interacción entre los pacientes y entre éstos y el terapeuta. Los pacientes aprenden a comprender el significado latente de sus aportaciones y también hacen interpretaciones significativas, aunque sus interpretaciones sean acertadas unas veces y otras no. El material inconsciente es expuesto y elaborado. Los pacientes hacen insight, lo que les ayuda a comprender sus problemas y les capacita, con el apoyo del analista y de los demás pacientes, para enfrentarse a sus dificultades.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

El psicoanálisis, que gozaba de gran popularidad en la primera mitad del siglo XX, tuvo una gran influencia en la terapia de grupo temprana. Wender transfirió las ideas de Freud sobre el funcionamiento familiar a los grupos terapéuticos, mientras que Schilder adoptó como metodología el análisis de los sueños y de la transferencia. Así Freud fue el primero en realizar aportaciones importantes al estudio de los grupos. Contempla los procesos grupales como simples extensiones de las actividades de la mente del sujeto; visualiza la forma en la que se modifica la dinámica individual en el grupo, sin pretender explicar las fuerzas inminentes, características de los grupos. El campo que abrió Freud a la investigación en cuanto a los grupos ha estimulado el desarrollo teórico y técnico del abordaje grupal.

El terapeuta renuncia al liderazgo directo y el grupo tome su propio curso, interpreta algunos patrones de conducta. Los miembros, plantean aspectos y producen material inconsciente. El terapeuta busca el análisis de los conflictos a un nivel más profundo, registrando señales de resistencia y transferencia y los interpreta, y ayuda en los aspectos inconclusos.

El terapeuta, desde la postura analítica tradicional permanece anónimo; en ocasiones los miembros del grupo requieren que el terapeuta permanezca desconocido y poderoso. La mayoría de los terapeutas prefiere no revelar aspectos de su vida personal al grupo, aunque algunos lo hacen con la finalidad de proveer un modelo a sus pacientes. Muchos se niegan a autorrevelarse porque temen que se le vea humanos.

El terapeuta grupal está expuesto a una gran diversidad de estímulos que reducen su habilidad para observar las dinámicas individuales, reacciones transferenciales y contratransferenciales, sus propios actings y los de los miembros. Necesita observar y tolerar los intensos intercambios emocionales que se producen durante las relaciones interpersonales en el “aquí” y “ahora” del grupo, que incluyen los sentimientos de cada miembro hacia él y hacia los demás, así como su propia contratransferencia hacia cada miembro y hacia el grupo como un todo.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Algunas de sus técnicas son: Interpretación, análisis de sueños, asociación libre, análisis de resistencia y de transferencias, todas destinadas a hacer consciente lo inconsciente y a provocar el insight.

Las dinámicas familiares se trabajan en grupos minoritarios. El concepto de defensa es útil para entender las dinámicas internas y el manejo de los estresantes ambientales. El centro de interés insight, dinámicas intrapsíquicas etc. no es valorado por clientes con problemas ambientales, el foco interno se allá en conflicto con valores culturales.

Hoy día se considera idóneo para psicoanálisis en grupo un número de ocho a diez miembros. Puesto que la mayor parte de las familias oscilan entre tres y ocho miembros, y actualmente la media suele ser de cuatro a cinco, un grupo de 8 a 10 proporciona un espacio transferencial suficiente para la familia nuclear y otros aspectos extrafamiliares.

Con menos de ocho miembros un grupo no tiene bastante actividad e intercambio interpersonal. Con más de 10 tanto el terapeuta como los participantes pueden tener dificultades para darse cuenta de lo que está pasando.

Las sesiones de grupo son más eficientes si duran de una hora y media a dos horas y media. Tanto la sesión regular como la alternativa (aquel encuentro programado en la que los miembros de un grupo psicoanalítico se reúnen si la presencia del terapeuta, que se hacen de una a dos veces por semana, generalmente en las casas de los pacientes, para de esta manera crear una atmósfera en la se estimule la libre participación de los integrantes del grupo) deben tener una duración limitada. Si bien un grupo puede tener una sesión alternativa que dure más de lo habitual, los miembros se resisten inevitablemente a las sesiones excesivamente prolongadas.

Modelo Adleriano: El autor de este modelo es Alfred Adler, quien fue uno de los clínicos en la vanguardia de llevar los conceptos psicoanalíticos a la terapia de grupo, y cuyas teorías sobre el ser humano como criatura plenamente social le condujeron de un modo natural a llevar grupos ya en 1921.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Adler fue el primero en experimentar por primera vez con la coterapia, en los años 20's, utilizando dos profesionales en lugar de uno, en su Clínica de Guía para el Niño en Viena (Adler, 1930), para vencer las resistencias en el tratamiento de niños en presencia de sus padres. Adler se sirvió de los grupos como forma de educar a los adolescentes; también escribió acerca del uso de los métodos grupales para tratar de prevenir la delincuencia.

Adler usó el grupo de adolescentes sobre todo para reflejar las reacciones del terapeuta ante el adolescente; aplicaba interacciones mínimas entre pares. La meta de este modelo es la de crear una relación terapéutica que anime a los participantes en los presupuestos básicos de la vida y una comprensión de sus estilos de vida.

Les ayudan a conocer sus puntos fuertes y su poder de cambio para que acepten el estilo de vida que quisieron. Emplea procedimientos de auto-apertura, interpretación y el análisis de patrones para desafiar los pensamientos y los objetivos. Observa el contexto social de la conducta y ayuda a los miembros a aceptar y utilizar sus propias evaluaciones.

El terapeuta se esfuerza por lograr una formulación de metas, adopta un rol activo, analiza y examina dinámicas individuales, para comunicar una actitud básica de aceptación y esperanza. Los miembros del grupo hacen insight sobre sí mismos. Algunas de sus técnicas son: Análisis y evaluación inicial, exploración de la constelación familiar, recuerdos de la infancia, confrontación e interpretación, reestructuración cognitiva, desafía al sistema de valores exploración de dinámicas sociales y estilo de vida.

La cultura se concibe como una perspectiva y como los antecedentes a través de los que se deriva el significado de la vida. Cada individuo elaborará un sentido y significado diferente en razón de su experiencia. La entrevista en este enfoque puede entrar en conflicto por las culturas no acostumbradas a revelar asuntos familiares. El terapeuta debe asegurarse que las metas sean respetadas y que sean congruentes en el grupo.

Modelo Psicodramático: El psicodrama puede considerarse como una parte de la sociometría, fue creado por Jacob Levy Moreno (1889- 1974), un psiquiatra innovador.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Este autor se introdujo al psicodrama utilizando el juego de roles o role playing, como medio para corregir y ampliar la percepción general. La representación de roles tanto en niños como en adultos sirve de satisfacción parcial a las necesidades o deseos reprimidos por la educación familiar o por las restricciones sociales o culturales, de ahí que Moreno pronto utilizó al psicodrama como un método terapéutico.

Al psicodrama se le puede definir como cualquier terapia en la que los pacientes representan temas relacionados con sus problemas en forma de drama improvisado, generalmente con la ayuda de otros que representan el papel de otras personas significativas.

Otra definición de psicodrama dice que es la utilización de técnicas dramáticas para ejercer una acción terapéutica sobre las personas. Se utiliza en pacientes que presentan síntomas y problemas personales para intentar modificar sus dificultades emocionales en grupos no muy grandes de preferencia. Es una técnica psicoterapéutica. Y su objetivo es facilitar el alivio de los sentimientos acumulados, para proporcionar insight y que desarrollen conductas nuevas y más efectivas.

Sus tareas son la facilitación, observación, dirección, producción y la síntesis. Y al finalizar el terapeuta da los resultados a los participantes. El terapeuta sugiere técnicas que intensifiquen sentimientos, recrear situaciones pasadas y proporcionar mayor conciencia de los conflictos.

Algunas de sus técnicas son: Auto-presentación, presentación del otro, entrevista en el rol del otro y en el de uno mismo, soliloquio, técnica de dobles, silla vacía, alucinaciones y delirios, hipnodrama, fantasías, técnica del espejo y egos auxiliares.

Para los reservados esta perspectiva ayuda a la expresión. El terapeuta puede crear escenas que sean culturalmente significativas para entender el impacto de la cultura. Les ayuda a la comunicación, espontaneidad y creatividad en el marco de la cultura. El énfasis en la experimentación y expresión de sentimientos, en la catarsis y la dramatización presente de los



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

problemas pasados puede asustar a los clientes. Se requiere precaución al animar a los clientes a mostrar sus emociones intensas en presencia de otros.

El psicodrama es una técnica grupal en la cual todos los miembros participan de manera activa en la dramatización. La sesión de psicodrama clásico consta de tres fases que no tienen necesariamente la misma duración: calentamiento, drama y cierres o fase de puesta en común. Durante el calentamiento, el grupo ayuda al director a disminuir la rigidez del protagonista y a romper su aislamiento, al crear una atmósfera de espontaneidad y confianza. A lo largo de la acción, el grupo participa en la dramatización pues sus miembros fungen como terapeutas asistentes, roles auxiliares y dobles, y mediante la empatía que impera en el escenario. En la fase de participación, el grupo enriquece la acción terapéutica cuando, al terminar la dramatización, todos los miembros comparten sus experiencias.

Los grupos de psicodrama tienden a ser mayores que los otros grupos terapéuticos, siendo 10 el número de participantes, para ofrecer mayor variedad de personalidades y roles y asegurar la existencia de una audiencia ante la que se presente la obra. La audiencia se convierte en un importante objeto transferencial, especialmente durante la actuación, cuando el director se retira a los bastidores. Algunos terapeutas prefieren que haya una cierta homogeneidad entre el grupo en edad, inteligencia e incluso en creatividad. Puede tratarse de un solo paciente, ya sea como actor o como espectador.

Un pequeño número de participantes implicados en un mismo conflicto, también pueden representarlos de manera simultánea o sucesiva. De igual modo, un gran número de pacientes pueden ser tratados juntos, aunque como espectadores, ya que la representación la realizan exclusivamente los auxiliares.

Las sesiones de psicodrama tienden a ser más largas que las de otras terapias grupales, extendiéndose a una media de dos horas, más que una y media. El límite de dos horas se acerca a lo que los dramaturgos y directores de cine consideran que es el lapso de tiempo de atención natural para una producción dramática.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Modelo Humanista-Existencial: El objetivo de este modelo de trabajo grupal es la de negar la polarización que a menudo existe entre el terapeuta y el cliente (en este modelo se sustituye la palabra paciente por la del cliente). En esencia se asume que la relación de reciprocidad con el terapeuta es la auténtica experiencia grupal.

El abordaje humanista-existencial debe su existencia al filósofo danés Soren Kierkegaard (1813-1855). Pasó gran parte de su vida en Copenhague. Escribió acerca de un momento decisivo que cambia la vida de una persona, pero la persona debe querer ese momento decisivo. Kierkegaard era pesimista y escéptico sobre la condición humana. Destacaba que toda la vida es incierta.

Tras la Segunda Guerra Mundial empezó a desarrollarse en Los Estados Unidos de Norteamérica un vigoroso movimiento de terapia humanista-existencial. Psicólogos y filósofos existencialistas le devuelven la libertad al individuo; es decir, después de los problemas que la humanidad adquirió a raíz de la Primera Guerra Mundial, los existencialistas ven a la persona libre. En la psicología humanística, la persona tiene libertad de elección, lo cual sustituye la idea conductista del conjunto mecánicamente determinado de conductas.

De aquí parte el concepto de cliente, el cual sustituye el concepto de paciente, porque el cliente tiene la capacidad de decidir.

Algunos de los proponentes principales de esta orientación son: Abraham Maslow, Carl Rogers, Gordon Allport, Charlotte Bühler, Rollo May, Viktor Frankl, Wilhelm Dilthey, Edward Spranger, William Stern, Kurt Lewin, Kurt Goldstein, Gardner Murphy, Erich Fromm, Fritz Perls, entre otros.

Para proporcionar condiciones que maximizan la autoconciencia y reducen los bloqueos del crecimiento. Para que los clientes descubran la libertad de elección y asuman la responsabilidad de sus elecciones. Su principal tarea es estar presente y disponible para los individuos del grupo y captar su objetivo.

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Funciona creando la relación persona a persona auto-revelándose y confrontando a los miembros de forma prudente. Los pacientes más susceptibles de un abordaje existencial son los que expresan su falta de sentido de la vida y que arrastran una larga historia de tropiezos en su búsqueda de objetivos.

Si se trabaja con personas mayores de treinta años –cuando hay que aceptar la propia finitud, cuando hay que encarar la realidad del envejecimiento y la muerte, cuando ya no sirve la rebelión violenta como forma de negación- el terapeuta se encuentra ante pacientes susceptibles del abordaje humanista-existencial.

El terapeuta puede estructurar al grupo en base a temas existenciales como la libertad, la responsabilidad, la ansiedad, culpabilidad, los integrantes son responsables de lo explorado. Desde el primer encuentro grupal, este tipo de terapia pone el énfasis en la condición humana. El terapeuta tiene su visión personal de la vida, pero anima a que cada miembro del grupo encare su irrepetible individualidad. El terapeuta estimula la autenticidad y alienta a los pacientes a arriesgarse en sus vidas.

Este enfoque valora en primer lugar la comprensión y en segundo las técnicas no prescriben algún método.

El terapeuta puede adoptar cualquier otra técnica de otro enfoque. Un valor nuclear es el énfasis en la comprensión del mundo fenomenológico del cliente, incluido sus antecedentes culturales. Conduce al fortalecimiento individual en una sociedad opresiva. Sus valores de individualidad, libertad, autonomía y autorrealización a menudo entran en conflicto con los valores culturales de colectividad, respeto a la tradición, referencia a la autoridad, etc.

El terapeuta de grupo existencial acepta que las personas necesitan ayuda para superar los efectos emocionales de acontecimientos traumáticos, pero cada quien dispone de una vía propia y exclusiva para recuperarse después de un shock emocional.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

La relación terapéutica existencial debe ser de colaboración, dirigida a dar acompañamiento, pero no consejo, puesto que cada persona es dueña de su propio destino y por lo tanto puede tomar decisiones y recuperarse por sí misma cuando esté lista.

Modelo Centrado en la Persona: El autor del enfoque centrado en la persona es el reconocido psicólogo Carl Rogers (1902-1987). En este enfoque de psicoterapia no se trata de hacerle algo a la persona ni de inducirlo a hacer algo en relación a sí misma, sino se trata de liberarla para que pueda tener un crecimiento y un desarrollo a nivel personal, que ella misma quite los obstáculos que le impiden avanzar.

Su meta es proporcionar un clima seguro para examinar la gama de sentimientos y ayudar a los miembros a ser más abiertos a las experiencias y desarrollar la confianza en sí mismo y en sus juicios. Para desarrollar la espontaneidad, honestidad y apertura. Facilita el grupo, maneja las barreras de comunicación, establece clima de confianza ayuda en el funcionamiento. La tarea del facilitador es ser genuino, tener aceptación incondicional, respeto y comprensión, creando un clima de tolerancia y experimentación. El terapeuta proporciona escasa estructuración o dirección. Los miembros son considerados capaces de encontrar una dirección significativa, de ayudarse mutuamente y de progresar hacia resultados constructivos.

Hace hincapié en actitudes y conducta del facilitador se emplean pocas técnicas estructuradas o planificadas. Algunas son la escucha activa, el reflejo de sentimientos, la clarificación, apoyo y el estar presente para el cliente. Rogers contribuyó a la ruptura de barreras culturales y a la posibilitación de diálogo abierto entre diversas culturas.

Los puntos centrales son el respeto por valores, la escucha activa, la aceptación de diferencias etc. Algunos de los valores centrales de este enfoque pueden ser incongruentes con la cultura del cliente, la falta de estructura y dirección por parte del terapeuta con inaceptables por lo tardado del proceso.

Carl Rogers (1988) en su libro *“El proceso de convertirse en persona”*, dice que la psicoterapia centrada en la persona produce muchos cambios: en individuo modifica su manera
Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

de elegir y establecer valores; enfrenta la frustración con menos tensión fisiológica y cambia su manera de percibirse y valorarse.

La teoría de la psicoterapia centrada en la persona postula que los cambios operados en el interior del individuo durante el tratamiento le permitirán, una vez finalizado éste, conducirse de maneras menos defensivas y más socializadas y aceptar la realidad en sí mismo y en el medio social que lo rodea, todo lo cual demuestra que su sistema de valores se ha socializado. Esto significa que adoptará conductas más maduras y que tenderán a desaparecer las actitudes infantiles. El proceso del cliente está en reciprocidad con las actitudes del terapeuta.

Rogers dice que son necesarias tres actitudes o comportamientos básicos, facilitadores del proceso, y que todo psicoterapeuta humanista debe tener: la empatía, la autenticidad o congruencia, la aceptación incondicional de la persona.

Entre las técnicas utilizadas por este enfoque destacan: El reflejo (de sentimiento, actitud, pensamiento y experiencia), la autorrevelación (que significa que el terapeuta puede compartir sus experiencias que puedan ser de ayuda a los miembros del grupo), la confrontación, entre otras.

Carl Rogers (1970), en su libro “Grupos de Encuentro”, donde él explica su esencia de un grupo de encuentro: Experiencia grupal planeada e intensiva. dice que los grupos de encuentro atraviesan por diversas etapas que son:

1. Rodeos
2. Resistencia a la expresión o exploración personal
3. Descripción de sentimientos del pasado
4. Expresión de sentimientos negativos
5. Expresión y exploración de material personalmente significativo
6. Expresión de sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo
7. Desarrollo en el grupo de la capacidad de aliviar el dolor ajeno
8. Aceptación de sí mismo y comienzo del cambio
9. Resquebrajamiento de las fachadas
10. Realimentación
11. Enfrentamiento
12. Relación asistencial fuera de las sesiones del grupo
13. Encuentro básico



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

14. Expresión de sentimientos positivos y acercamiento mutuo
15. Cambios de conducta en el grupo

Modelo Gestáltico: Fritz Perls figura como el fundador de la terapia Gestalt. Su opinión es que la persona media puede temer a la vida y a experimentar el aquí y el ahora; debido a esto, suele vivir principalmente en el pasado, mediante los recuerdos obsesivos, y en el futuro, con las expectativas ansiosas de la catástrofe.

Perls, F. en 1978 escribió: “Durante un tiempo traté de solucionar en el conflicto entre la terapia individual y la grupal, pidiéndole a mis pacientes que tuvieran ambas. Sin embargo, posteriormente he eliminado por completo las sesiones individuales, excepto en casos de emergencia. En realidad, he llegado a considerar que toda terapia individual está obsoleta y debería ser reemplazada por talleres de terapia gestáltica. Sin embargo, esta integración resulta efectiva con un grupo sólo si se produce un real encuentro entre el terapeuta y el paciente individual dentro del grupo”.

Tal vez la mayor contribución de la terapia de grupo Gestalt haya sido la incorporación de los aspectos creativos y de conciencia corporal de la teoría y terapia Gestalt al proceso grupal y la importancia que da el aprendizaje experiencial más que el insight.

Su meta es capacitar a los miembros a prestar atención a las experiencias que viven en cada momento para que puedan reconocer e integrar los aspectos de sí mismos a los que han renunciado. Sugiere técnicas de ayuda a los participantes para intensificar su experiencia y estar alertas a sus mensajes corporales, en la identificación y trabajo de asuntos pendientes del pasado que interfieren en su funcionamiento habitual. Un terapeuta experto se dedica por entero a un individuo por vez, pero desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico.

El terapeuta es responsable de ser consciente de su experiencia centrada en la persona y usarla grupalmente, estructurando el grupo para intensificar con técnicas las emociones. Los miembros deben ser activos y efectuar interpretaciones.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

El terapeuta usa distintas técnicas orientadas a la acción, las que intensifiquen la experiencia inmediata y la conciencia de los sentimientos habituales. Las técnicas incluyen la confrontación, la silla vacía, la rueda, los procedimientos de ensayo, trabajo de sueños etc.

El interés por la expresión no verbal es congruente con las culturas que buscan más allá de las palabras. Este enfoque ayuda a clientes que estén acostumbrados a la no expresión libre de sentimientos. El terapeuta usa la observación de las expresiones corporal. Los miembros culturalmente son condicionados a ser reservados emocionalmente pueden sentirse reacios a este enfoque.

No se debe presionar a los pacientes, hasta que se cumpla la relación terapéutica establecida. Básicamente los grupos de terapia Gestalt suelen incluir de 8 a 10 miembros y uno o dos líderes; se reúnen durante una hora u hora y media, una o dos veces por semana, suelen ser abiertos de duración ilimitada, heterogéneos en su composición y se prolongan bastante tiempo. Antes de incluirse en un grupo, hay una orientación previa individual, donde se detalle el contrato de grupo para cada miembro. Estos grupos son especialmente muy eficaces para personas inhibidas o muy intelectuales, que están desconectadas de sí mismas.

Modelo Análisis Transaccional: El análisis transaccional (AT) es una teoría psicológica y el método de tratamiento que sigue dicha teoría. Fue creado por Eric Berne, un psiquiatra que estudió psicoanálisis y que toma de esta corriente dos fundamentos teóricos principales: la elaboración y las situaciones edípicas.

Ayuda a los clientes a deshacerse de los guiones y juegos psicológicos en sus interacciones. Para retar a sus miembros a que reexaminen las decisiones pasadas y adopten conscientemente nuevas decisiones. Desempeña un papel didáctico, ayuda en el reconocimiento de juegos para evitar la intimidad, el estado del ego en que se trabaja en una transacción determinada y los aspectos auto-punitivos de sus decisiones tempranas. Derivado del énfasis en la relación igualitaria entre el terapeuta y los miembros, la responsabilidad de ambos. Especifican el contrato los cambios que los miembros desean y los aspectos a examinar en el grupo.

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Las técnicas incluyen el uso de los listados o cuestionarios para detectar mandatos y decisiones del pasado, juegos y posiciones vitales: el modelo familiar; rol play y el análisis estructural. El método de contratos actúa como salvaguarda frente a la imposición de valores del terapeuta que puede ser incongruentes con los del cliente. Da comprensión de normas familiares y culturales.

Según (cfr. Frank y Frank, 1991) La terminología del AT puede distraer a los clientes de algunas culturas. El terapeuta debe hablar con el cliente del contrato específico antes de desafiar los guiones de la vida del cliente, su orden familiar etc. El análisis transaccional puede utilizarse con individuos, parejas, familias y grupos grandes, tales como instituciones, grupos religiosos y colegios. Tiene una ventaja: gran parte del trabajo de AT puede hacerse de forma amena y útil tanto para el paciente como para el terapeuta. Es de los pocos modelos que necesitan que el paciente haga un contrato de no suicidio, pase lo que pase. En AT se considera importante dar la consigna estricta de que el paciente no se suicide, porque no se puede ayudar a alguien muerto.

Modelo Terapia Conductual/Cognitivo-Conductual: Albert Ellis (1957) fundador de este modelo, dice que es muy útil ayudar a los miembros del grupo a eliminar las conductas inadaptadas y aprender nuevos patrones de conducta más efectivos. Funciona en la modificación de la conducta, el terapeuta debe ser directivo y a menudo ser como profesor. Éste imparte métodos para modificar la conducta para que los pacientes fuera de las sesiones lo hagan. El terapeuta es responsable de la enseñanza activa y del proceder en las actividades del grupo. Se espera que los miembros sean activos y que lo aprendido lo apliquen en la vida cotidiana.

Con la llegada de la terapia conductista a principios de los años 60 se hizo patente la posibilidad de utilizarla en el marco de tratamiento. Generalmente los grupos se componían de miembros con problemas similares. Se podía enseñar conductas concretas a los pacientes y se les podía reforzar con diferentes patrones de refuerzo dentro del propio grupo.

Además de la reducción del estrés y el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia grupal cognitivo-conductual se ha aplicado con éxito al tratamiento de una gran variedad de

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

problemas, tales como la reducción de los efectos de la depresión, reducción de ansiedad general, control de la agresividad, en personas violentas, desarrollo y perfeccionamiento de las habilidades relacionadas con la paternidad, resolución de problemas de adaptación en personas divorciadas y manejo del dolor.

Dado que muchos problemas que se discuten en los grupos cognitivo-conductuales son socio-interaccionales, la presencia de otros pacientes supone, para el terapeuta, la oportunidad de observar y para los pacientes, la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros en un entorno de protección.

En la terapia conductual de grupo, una persona o personas intentan modificar las conductas desadaptativas de dos o más individuos no relacionados, mediante la aplicación sistémica de procesos y procedimientos validados en términos empíricos, donde por lo general se reúnen datos para evaluar el impacto de dichos procedimientos sobre los miembros del grupo.

El grupo ofrece a los pacientes muchas oportunidades para aprender y practicar conductas y cogniciones, a medida que responden a demandas grupales en continua evolución. En los grupos cognitivo-conductuales los pacientes aportan feedback y consejos. Como resultado, los pacientes desarrollan importantes habilidades de liderazgo. Ayudando a otros pacientes, generalmente aprenden a ayudarse a sí mismos de forma más eficaz que cuando son receptores únicos de una terapia particular.

Otra característica de la terapia cognitivo-conductual en grupo es la oportunidad de refuerzo a través de los compañeros. A todos los pacientes se les ofrece la posibilidad de aprender o perfeccionar la habilidad de administrar refuerzos a otras personas en situaciones socio-interaccionales con la esposa, familia, grupo de amigos y trabajo.

Otra contribución podría ser la precisión de las evaluaciones. Diversos aspectos de un problema, que pueden escapar a la atención del terapeuta más sensible, a menudo se clarifican en una discusión grupal intensa.

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

El grupo ofrece al paciente una fuente de información importante sobre las conductas que resultan molestas o le hacen atractivo ante los demás. Ofrece también evaluaciones del resto de los participantes sobre las percepciones que el paciente individual tiene de las situaciones sociales.

De esta forma, se puede confrontar a cada miembro con las percepciones distorsionadas o defensivas. Este tipo de confrontación se acepta con mayor facilidad cuando viene de un igual que cuando viene del terapeuta.

Las principales técnicas, basadas en los principios de aprendizaje y conducta, tratan de lograr cambios de conducta y reestructuración cognitiva, incluyen la desensibilización sistemática, la terapia implosiva, etc.

Les ayuda en la preparación de propósitos de grupo, les ayuda en aprendizaje de destrezas, prácticas, interés educativa etc. Los terapeutas deben ayudar a evaluar las posibles consecuencias de sus cambios conductuales.

Los familiares pueden valorar negativamente el estilo asertivo adquirido por el cliente. La mayoría de los grupos de terapia intensiva se realizan en 14 o 18 sesiones semanales, con algunas sesiones de revisión durante uno a seis meses después de la finalización. Los adiestramientos a corto plazo duran de 6 a 12 sesiones.

Terapia Racional Emotiva: Su creador es Albert Ellis (1913). La terapia racional emotiva (TRE) parte de la teoría del aprendizaje cognoscitivo y social, hace hincapié en las variables de la personalidad que intervienen en la conducta, pero de manera especial en sus determinantes cognoscitivos.

Su meta es enseñar a los miembros del grupo que son responsables de sus propios trastornos y para ayudarles a identificar y eliminar el proceso de auto-adoctrinamiento. Para eliminar la impresión irracional y auto-punitiva de la vida y sustituirla por tolerante y racional.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

En la terapia racional emotiva, el terapeuta suele actuar de dos formas, la primera es hacerle ver al individuo en forma constante las ideas ilógicas y supersticiones que están en la base de sus temores; la segunda consiste en animar y persuadir al cliente a emprender aquellas actividades que contrarresten las ideas que mantiene.

Para lograrlo en la terapia se utilizan las asignaciones y las tareas prácticas, así como auxiliares para superar de manera exitosa las creencias y temores ilógicos que el cliente tiene. Una vez que se alcanza lo anteriormente mencionado, se abre un camino que permitirá la solución de dificultades.

Funciona didácticamente: explica, enseña y reeduca. Ayuda a los miembros a observar y afrontar su pensamiento irracional e identificar su conexión con la conducta auto-punitiva. Les enseña a cambiar patrones de pensamiento y conducta. El terapeuta es responsable de desafiar las señales de conductas basadas en el pensamiento irracional. Los miembros son responsables de combatir pensamientos auto-punitivos y se espera que hagan autoconfrontaciones.

La técnica fundamental es la enseñanza activa. Los terapeutas prueban, confrontan, desafían y dirigen. Modelan y enseñan a pensar racionalmente y explican, persuaden e informan a los clientes. Los terapeutas que bajo el modelo TRE usan un estilo directo. La TRE proporciona las bases para cuestionarse los propios pensamientos y para identificar los valores que ya no son funcionales. Su interés por el pensamiento y la racionalidad pueden ser aceptados por muchos clientes.

Sin embargo, el terapeuta debe tener sus precauciones, ya que, si tiene un estilo de liderazgo muy fuerte y directivo, los miembros se pueden retraer. Es necesario entender el mundo del cliente antes de atacar fuertemente los pensamientos percibidos. Para abordar la psicoterapia de grupo, la TRE se apoya en un modelo más educacional que médico o psicodinámico, por lo cual está a favor tanto de las sesiones de grupo como de las individuales.

Trabaja con grupos que van de 20 a 30 personas y algunas veces hasta más de 200. Aunque el número ideal va de 20 a 13 personas, busca equilibrar el número entre hombres y mujeres, considerando todas las edades que van de los 18 a los 60 años.

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Las sesiones de grupo se desarrollan de manera organizada, encabezadas por un psicoterapeuta, quien se ocupa de que sólo una persona hable a la vez; motiva la espontaneidad sin perder el orden, anima a cada miembro para que hable sobre sus problemas, en particular a los más silenciosos; asigna tareas específicas para que los miembros las realicen en casa y después esas tareas son revisadas. Las sesiones suelen tener una duración de dos horas quince minutos, con una frecuencia de una vez a la semana.

3.1.6 Tratamiento psicológico gratuito

Cuando se tiene dificultades y limitaciones económicas, es importante contar con toda la ayuda posible. Por eso motivo, se presentan alternativas que pueden ayudar al paciente a encontrar atención psicológica gratuita. La mayoría es únicamente vía telefónica y el tiempo destinado a cada caso es de 15 minutos.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA LÍNEA UNAM

La Facultad de Psicología (FP) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ofrece por medio de call center ayuda a distancia. El servicio permite ser anónimo y un buen inicio, si no se tiene contemplado asistir a terapia, pero presenta algo urgente de resolver.

Teléfono: 01(55)56222288

Horario: 08:00 a 18:00 hrs (Lunes a Viernes)

Sede: Ciudad de México

Twitter: [@CallCenterUNAM](https://twitter.com/CallCenterUNAM)

Facebook: [@AtencionPsicologicaDistanciaUNAM](https://www.facebook.com/AtencionPsicologicaDistanciaUNAM)



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

SAPTEL

Es un sistema nacional, donde se puede atender situaciones de crisis las 24hrs los 365 días del año, por lo que no importa donde y cuando se necesite ayuda, hay psicólogos certificados listos para atender.

Teléfono 01 55 5259 8121, 01 800 472 7835

Horario: 24 hrs. los 365 días

Sede: Ciudad de México

Twitter: [@saptelcrlyc](https://twitter.com/saptelcrlyc)

Facebook: [@SAPTEL](https://www.facebook.com/SAPTEL)

LOCATEL

Proporciona a través de línea mujeres apoyo médico, psicológico y jurídico. Es resultado del trabajo conjunto entre LOCATEL y el Instituto para las Mujeres de la Ciudad de México (INMUJERES CDMX); está disponible las 24 horas, los 365 días del año.

Sitio Web: www.locatel.cdmx.gob.mx/mujeres.

Teléfono: 5658 1111 o marcación abreviada *1111

Horario: 24 hrs. los 365 días

MEDICINA A DISTANCIA DE LA SECRETARÍA DE LA SALUD

No solo brinda consulta psicológica gratis, sino también servicios de asesoría médica y nutricional.

Teléfono: 01 55 5132 0909

Horario: 24 hrs. los 365 días

Sede: Ciudad de México

Web: <http://bit.ly/2H3M3v6>

E-mail: medicina.distancia@salud.df.gob.mx

Twitter: [@S_SaludCDMX](https://twitter.com/S_SaludCDMX)

Facebook: [@sedesaCDMX](https://www.facebook.com/sedesaCDMX)

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

COMISIÓN NACIONAL DE LAS ADICCIONES CONADIC

Ofrece asistencia psicológica gratuita, intervención en crisis y centros de tratamiento recomendados para adictos a sustancias y sus familiares.

01 800 911 2000

01 800 710 0900

Horario: 24 hrs. los 365 días

Sede: Ciudad de México

E-mail: conadic@salud.gob.mx

Twitter: [@CONADICm](https://twitter.com/CONADICm)

Facebook: [@conadicmxoficial](https://www.facebook.com/conadicmxoficial)

CENTRO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO PARA ENFERMEDADES EMOCIONALES CNDEE

800 911 6666 – Opción 3

Horario: 24 hrs. los 365 días

Sede: Ciudad de México

E-mail: centrodiagnostico@serfelizsipuede.com.mx

Twitter: [@cndeemx](https://twitter.com/cndeemx)

Facebook: [CNDEE](https://www.facebook.com/CNDEE)

SERVICIO DE ORIENTACIÓN PSICOLOGICA S.O.S DEL DIF DEL ESTADO DE MÉXICO-TOLUCA

Brinda orientación psicológica vía telefónica al público en general.

Teléfono: En Toluca (01 722) 212 05 32 y (01 722) 280 23 24.

De todo el Estado sin Costo: 01 800 710 24 96 y 01 800 221 31 09

Horario: 24 hrs. los 365 días



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

También existe asistencia psicológica en algunas instituciones gubernamentales como lo son: Hospital General de Iguala (HGI), SECOFAM, DIF, Procuraduría del menor, UNEME CAPA Y Jurisdicción sanitaria N°2, donde en cada una de ellas debes de seguir una serie de pasos para poder recibir el tratamiento psicológico o ayuda necesaria, enseguida se explica cada una de ellas y se anexa algunos instrumentos psicológicos que ellos aplican para hacer alguna introversión a su área.

En la ciudad de Iguala de la Independencia Guerrero, también se cuentan con servicios de tratamiento psicológico gratuito a continuación se mencionan algunos centros de ayuda psicológica donde pueden asistir a requerir sus servicios.

SAIH

El Hospital General de Iguala “Dr. Jorge Soberón Acevedo” brinda el programa gratuito de servicios de Servicios de Atención Integral Hospitalaria “SAIH” el cual atiende a la población que tiene el virus de VIH. Para tener atención psicológica en este programa debe ser un paciente portador de VIH, podrá tramitar una cita y llevar los documentos de referencia, acta de nacimiento, INE, tarjeta INSABI, ya con su recibo tendrá pase al programa donde le realizaran un carnet de citas, firma su carta compromiso, entrevistan para saber su historia clínica, le dan orientación psicológica, ofrecen los medicamentos y retrovirales que sean necesarios así como preservativos, cada semana se cita para ir monitoreando el proceso del paciente.

Encargada del programa SAIH: Psic. Stephanie Cárdenas Martínez



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 5: CARTA COMPROMISO PARA INGRESAR AL SERVICIO DE SAIH

SECRETARIA DE SALUD GUERRERO
HOSPITAL GENERAL DE IGUALA
"DR. JORGE SOBERON ACEVEDO"
SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL

SALUD

DR(A): _____
DIRECTOR(A) DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. JORGE SOBERON ACEVEDO"

Por medio de la presente; manifiesto mi disposición para recibir medicamentos antirretrovirales y /o consulta médica de chequeo mensual lo cual cumplo con todos los criterios de selección, que son los siguientes:

- Soy nacionalidad Mexicana
- Soy una persona que vive con VIH/sida
- Cuento con conteo de linfocitos CD4 y carga viral reciente (mínimo 6 meses anteriores)
- No cuento con recursos económicos personales o familiares, ni tengo protección de ninguna institución de seguridad social o privada.
- No estoy incluido (a) en ningún protocolo clínico financiado por laboratorios farmacéuticos o fundaciones de investigación que cubran los medicamentos antirretrovirales.
- No he sido excluido(a) de algún protocolo clínico por falta de adherencia.

Me comprometo sin limitación alguna a cumplir con las siguientes obligaciones:

- Acudir puntualmente cada mes a mis citas médicas, respetando fecha y hora de las mismas.
- Proporcionar de manera veraz toda la información necesaria que sea solicitada por el médico responsable.
- Cumplir con las instrucciones del médico respecto a la toma de medicamentos y con la frecuencia que me señale.
- Cumplir con las instrucciones del médico respecto a la toma de medicamentos y con la frecuencia que me señale.
- Informar inmediatamente al médico tratante, aun cuando no tenga cita, sobre cualquier problema que se presente relacionado con los medicamentos.
- Avisar de inmediato al médico del hospital cualquier cambio de domicilio, viajes o asistencia a cualquier otra unidad de atención.
- No recibir medicamentos antirretrovirales por otra institución distinta a SSA

pág. 1

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 6: CARTA COMPROMISO PARA INGRESAR AL SERVICIO DE SAIH

- Me queda estrictamente prohibido vender, donar, regalar, traspasar o desviar el destino de los mismos.
- Si llegara a contar con 3 inasistencias mensuales consecutivas se notificara mi baja al programa estatal, previa nota en mi expediente.
- Cumplir con el reglamento interno de la institución que me está tratando.

Estoy conforme y de acuerdo, en que cualquier violación a alguna de las obligaciones y compromisos que adquiero, citados anteriormente sea motivo para dejar de recibir antirretrovirales y/o consulta médica sin ninguna responsabilidad para los servicios de salud y por lo tanto, no me reservo el derecho a ejercer en el futuro ninguna acción civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole contra la secretaria de salud.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

DOMICILIO

CALLE: _____ NUM: _____

COLONIA _____

FECHA: ____/____/____

Anexar fotocopia de identificación oficial y núm. de derechohabencia del IMSS y del ISSSSTE

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 7: PASE A LA ESPECIALIDAD QUE REQUIERA EL PACIENTE

SALUD INSABI
INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL
"DR. JORGE SOBERÓN ACEVEDO"
IGUALA, GUERRERO
CLUES. GRSSA004490

SISTEMA DE INTERCONSULTA Y/O PASE DE ESPECIALIDAD

FECHA: _____ HORA: _____ No. EXPEDIENTE: _____
NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: M F
SIGNOS VITALES: T/A: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ TEMP.: _____ PESO: _____ TALLA: _____
MOTIVO DE INTERCONSULTA: _____
NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ENVIA AL PACIENTE: _____
DIAGNÓSTICO DE ENVIO: _____
ESPECIALIDAD A LA QUE SE ENVIA: _____
RESUMEN CLÍNICO Y EXPLORACIÓN FÍSICA: _____
RESULTADOS DE ESTUDIOS: _____
TRATAMIENTO: _____
PRONÓSTICO: _____

Av. del Estudiante No. 4, Col. Centro, C.P. 40000, Iguala de la Independencia, Gro.

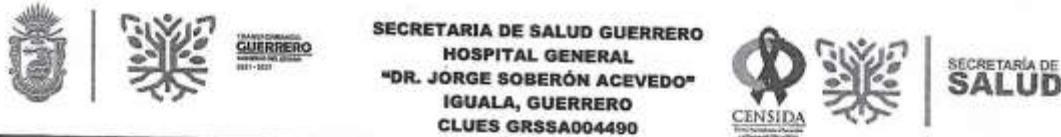
Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 9: HISTORIA CLÍNICA DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA



SECRETARIA DE SALUD GUERRERO
HOSPITAL GENERAL
"DR. JORGE SOBERÓN ACEVEDO"
IGUALA, GUERRERO
CLUES GRSSA004490

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

Fecha _____

Nombre completo _____ Edad _____
 Fecha de nacimiento _____ Número de expediente _____
 ID _____ Estado Civil _____ Número de teléfono _____
 Dirección _____

ESCOLARIDAD - Analfabeto () primaria () Secundaria ()
 Preparatoria () Licenciatura () Maestría () otras ()
 Ocupación Actual _____
 Religión _____

Estado Civil- soltero () casado () Unión libre ()

PREFERENCIA SEXUAL
 Heterosexualidad () Homosexualidad () Bisexualidad () Transexualidad ()
 Otras _____

ADICCIONES
 Si () no () alcohol () cannabis () heroína () cocaína ()
 otras () Otras Especifique _____


MOTIVO DE LA CONSULTA
 Programa terapéutico () Urgencia Psicológica ()

HA ESTADO EN TRATAMIENTO PSICOLOGICO Y/O PSIQUIATRICO SI () NO ()
CAUSA _____
TRATAMIENTO _____

FAMILIAR CON PATOLOGIAS PSICOLOGICAS Y/O PSIQUIATRICAS
 SI () NO () Cuales _____

ESTADO PSICOLOGICO AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA
 Angustia () Ansiedad () Autoestima Baja () Indiferencia ()
 Confusión () Desorientación () Incoherencia () Sobrevaloración ()
 Otros () Especifique _____

PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA
 Padres juntos si () no () padre fallecido () madre fallecida ()
 Conflicto con el padre si () no () Conflicto con la madre si () no ()
 Con otros familiares si () no () motivo _____


 Domicilio: Av. del Estudiante No. 4, Col. Centro, C.P. 40000, Iguala de la Independencia, Gro.



Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.





Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 10: HISTORIA CLÍNICA DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA

SECRETARIA DE SALUD GUERRERO
HOSPITAL GENERAL
"DR. JORGE SOBERÓN ACEVEDO"
IGUALA, GUERRERO
CLUES GRSSA004490

ACTITUD DE LOS PADRES:
 Afectuosa () sobre protectora () indiferente () Hostil ()
 Relación inexistente () Distantes () cooperativas ()

NUMERO DE HERMANOS () Lugar entre hermanos ()
 Hombre () Mujeres ()

RELACIÓN CON LOS HERMANOS
 Afectuosa () sobreprotectora () Apática ()
 Agresiva () Inexistente () Otras ()

ACTUALMENTE VIVE CON _____ OTROS ESPECIFIQUE _____

RECOMENDACIONES PSICOLÓGICAS

1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		

GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM) ()


GRUPOS DE APOYO (GA) ()

PLATICAS Y TALLERES PARA FAMILIARES Y AMIGOS ()

REDES DE APOYO

NOTA PSICOLOGICA _____

PSICÓLOGA (O)




Domicilio: Av. del Estudiante No. 4, Col. Centro, C.P. 40000, Iguala de la Independencia, Gro.

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH


Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 1: TEST DE FAGERSTROM QUE AYUDA A MEDIR LA DEPENDENCIA AL CIGARRILLO



SECRETARÍA DE
SALUD



ADICCIONES
CECA
GUERRERO

Test de Fagerström

N°	Pregunta	Respuesta	Puntaje
1	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos.	0
		11 a 20.	1
		20 a 30.	2
		31 a más.	3
2	¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 15 minutos.	3
		Cerca de 30 minutos.	2
		Cerca de 60 minutos.	1
		Más de 60 de minutos.	0
3	¿Fuma más en las mañanas?	Si	1
		No	0
4	¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido? (hospitales, cines, bibliotecas, entre otros)	Si	1
		No	0
5	¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero del día.	1
		Cualquier otro	0
6	¿Fuma aunque esté enfermo y tenga que pasar la mayor parte del tiempo en cama?	Si	1
		No	0
Puntaje total:			

Evaluación de la Dependencia Física

- > Cantidad de cigarrillos.
- > Tiempo transcurrido entre despertarse y el 1er cigarrillo.

Grado de adicción a la nicotina

Puntaje: 0 – 2 Dependencia MUY BAJA
 3 – 4 Dependencia BAJA
 5 Dependencia MODERADA
 6 – 7 Dependencia ALTA
 8 – 10 Dependencia MUY ALTA

Los fumadores con dependencia física ALTA Y MUY ALTA se ven más beneficiados por el uso de apoyo farmacológico.

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 2: TEST DE AUDIT QUE DETERMINA EL NIVEL DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

SECRETARÍA DE
SALUD

ADICCIONES
CEGA
GUERRERO

TEST AUDIT

Para determinar el nivel de abuso o dependencia al alcohol aplique el siguiente cuestionario. Marque el puntaje correspondiente a la respuesta que más se acerque al comportamiento del paciente.

<p>1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?</p> <p>0=nunca 1=una vez al mes o menos 2=de 2 a 4 veces por mes. 3=2 ó 3 veces por semana</p>	<p>5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe?</p> <p>Cuantificar el número de tragos estándar (**)</p> <p>0=una o dos 1=tres o cuatro 2=cinco o seis 3=de siete a nueve 4=diez o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable, o tuvo remordimiento por haber bebido?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>
<p>4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?</p> <p>0=no 1=sí, pero no en el último año 2=sí, en el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?</p> <p>0=nunca 1=menos de una vez al mes 2=mensualmente 3=semanalmente 4=diario o casi diario</p>	<p>10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?</p> <p>0=no 1=sí, pero no en el último año 2=sí, en el último año</p>

Una cerveza de lata	=	1 trago
Una caguama	=	3 tragos
Una botella de destilados ¼	=	6 tragos
Una botella de destilados de ½	=	12 tragos
Una botella de destilados de ¾	=	17 tragos
Una botella de destilados de 1 litro	=	22 tragos
Una botella de vino de ¼	=	5 tragos
Una botella de vino de 1 litro	=	8 tragos

Calificación:

Para obtener el puntaje sume los valores de cada una de las respuestas.

0 a 3 puntos - bebe en forma responsable.

4 a 7 puntos - bebe en forma riesgosa.

8 o más puntos - abuso del alcohol, puede ser dependiente.

¿Qué hacer dependiendo del nivel del problema?

Si suma de 0 a 3 puntos se considera que la persona bebe en forma responsable.

Haga ver a la persona que su forma de beber es la adecuada y aconseje que no aumente su consumo.

Si suma de 4 a 7 puntos se considera que la persona bebe en forma riesgosa.

Utilice el consejo breve para informar a la persona sobre los riesgos del abuso del alcohol.

Canalice a un centro de atención primaria contra las adicciones.

La meta sugerida es la moderación o la abstinencia.

Si suma 8 puntos o más se considera que la persona abusa de alcohol y puede ser dependiente (alcohólico).

Le sugerimos canalizar a algún grupo de alcohólicos anónimos o a otra institución especializada.

En el caso que exista dependencia la meta deberá ser la abstinencia total.

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 3: TEST PARA MEDIR LA ANSIEDAD

SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE IGUALA, GUERRERO
"DR. JORGE SOBERON ACEVEDO"
SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA

TEST DE ANSIEDAD

OBJETIVO: Comprueba con este test de ansiedad si tus niveles en esta emoción son normales, o si sufres un trastorno de ansiedad.

Escala de síntomas físicos	Nunca (0 puntos)	En alguna ocasión (1 puntos)	A menudo (2 puntos)	Casi todos los días (3 puntos)
Sensación de angustia o aprensión				
Dificultad para estar quieto, intranquilidad.				
Aumento de la frecuencia cardiaca (palpitaciones) sin enfermedad conocida que la justifique.				
Fatiga, especialmente importante al final del día.				
Fatiga, especialmente importante al final del día.				
Sensación de tensión muscular que puede ir acompañada de dolor en determinadas partes de tu cuerpo (cuello, espalda, cabeza, etcétera).				

Escala de síntomas cognitivos	Nunca (0 puntos)	En alguna ocasión (1 puntos)	A menudo (2 puntos)	Casi todos los días (3 puntos)
Dificultad para concentrarte.				
Sensación de bloqueo mental.				
Anticipación de acontecimientos negativos. Castastrofismo.				
Falta de memoria (dificultad para recordar cosas).				
Pensamientos o imágenes desagradables.				
Dificultad para tomar decisiones (por ejemplo "das vueltas a la cabeza" sin llegar a decidirte)				

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 4: TEST PARA MEDIR LA ANSIEDAD



SECRETARÍA DE
SALUD
DEL ESTADO DE
GUERRERO

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE IGUALA, GUERRERO
"DR. JORGE SOBERON ACEVEDO"
SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA



Escala de síntomas comportamentales	Nunca (0 puntos)	En alguna ocasión (1 puntos)	A menudo (2 puntos)	Casi todos los días (3 puntos)
Fumas, comes o bebes para calmar tu ansiedad.				
Evitas o escapas de determinadas situaciones.				
Haces movimientos repetitivos (tocarte el pelo, temblor de piernas).				
Te mueves más de lo habitual.				
Movimientos torpes (por ejemplo se te caen las cosas).				
Llanto para aliviar tu malestar.				

TOTAL DE PUNTOS:

0-18 puntos - Ausencia de ansiedad: A pesar de que en algunas ocasiones te encuentres más nervioso de lo habitual tu respuesta ante situaciones ansiosas es adecuada y dentro de lo esperable.

19-36 puntos - Nivel de ansiedad leve o moderado: Tus niveles de ansiedad se sitúan dentro del límite de normalidad. Pero ten cuidado, no te sobrecargues demasiado e intenta gestionar tu ansiedad cuando sientas que sus niveles empiezan a ser elevados.

37-54 puntos - Ansiedad alta: Sufres unos niveles de ansiedad demasiados altos. Es importante que aprendas a gestionarlos, ya que éstos pueden dar lugar a problemas emocionales y de salud importantes. Comienza tomándote la vida de forma más relajada.

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 5: ESCALA PARA DETERMINAR LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades
Programa de Salud del Adulto y el Adulto Mayor

Instrucciones: Debe realizar la detección una vez al año a las personas de 60 años y más que acudan a la unidad de salud, independiente del motivo de la consulta, (aplique también el cuestionario MINIMENTAL):

Probable depresión. Hacer la pregunta ¿se encuentra triste o sin ganas de hacer algo?. En caso afirmativo aplicar la encuesta de "GDS modificada". Si en la escala se obtiene una calificación de 6 o más puntos canalizar con el especialista. El resultado de la pregunta inicial anotario en la CNSAM.

Escala de Depresión Geriátrica Abreviada

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: Responde a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted durante la **ULTIMA SEMANA**

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿ Está usted, básicamente satisfecho con su vida? | SI | NO |
| 2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI | no |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | no |
| 4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI | no |
| 5. ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo? | SI | NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI | no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI | no |
| 9. ¿Prefiere usted, quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI | no |
| 10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI | no |
| 11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo? | SI | NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable cómo está usted, actualmente? | SI | no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | SI | NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI | no |
| 15. ¿Cree usted, que las otras personas está en general, mejor que usted? | SI | no |

SUME TODAS SUS RESPUESTAS "SI" EN LAS MAYÚSCULAS O "NO" EN LAS MAYÚSCULAS O SEA:
 SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0

Calificación: 0-5; no deprimidos; 6- 15 deprimido.

1 Sheikh, Yesavage, JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version", clinical

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.



TABLA 6: ESCALA PARA DETERMINAR LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

SALUD INSABI SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR HOSPITAL GENERAL
"DR. JORGE SOBERÓN ACEVEDO"
IGUALA, GUERRERO
CLUES. GRSSA00449

SECRETARÍA DE SALUD

Programa de Atención al Adulto Mayor

**Minexamen del Estado Mental
(Minimental de Foistein)**

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad (años): _____ Fecha: _____

Sabe leer: si () no () Sabe escribir: si () no () Puntaje total: _____

INSTRUCCIONES: En todos los casos, las respuestas de la persona adulta mayor se califican con el número 1 cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas. Las calificaciones deben anotarse en cada espacio y al final sumarlas y anotar. Finalmente sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total en el espacio destinado para la calificación total.

ORIENTACIÓN					
Máximo 5. Tiempo			Máximo 5. Lugar		
	Correcto	Incorrecto		Correcto	Incorrecto
¿En qué año estamos?	()	()	¿En dónde estamos ahora?	()	()
¿En qué mes estamos?	()	()	¿En qué piso estamos?	()	()
¿Qué día del mes es hoy?	()	()	¿Qué colonia es esta?	()	()
¿Qué día de la semana es hoy?	()	()	¿Qué ciudad es esta?	()	()
¿Qué hora es aproximadamente?	()	()	¿En qué país estamos?	()	()
Total Correcto _____			Total Correcto _____		

MEMORIA	
LEVOY A DECIR 3 OBJETOS. Cuando yo termine quiero que por favor usted los repita	
Maximo 3 intentos. Anote un punto por cada objeto que recuerde.	
Papel ()	Bicicleta () Cuchara ()
Total correcto _____	

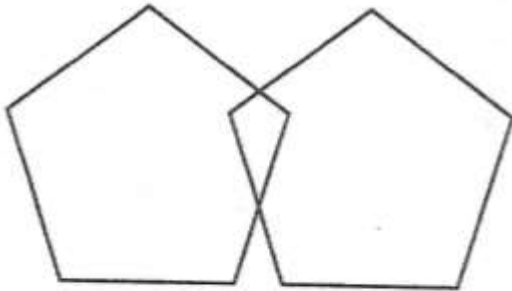
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Escolaridad > 8años Máximo 5	Escolaridad < 8años Máximo 5
Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir de 100	Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir de 20
93 () 86 () 79 () 72 () 65 ()	17 () 14 () 11 () 8 () 5 ()

ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Digame los 3 objetos que le mencioné al principio	
Maximo 3 Anote un punto por cada objeto que recuerde.	
Papel ()	Bicicleta () Cuchara ()
Total correcto _____	

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo" - SAIH

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 7: FOLSTEIN MF “MINI-MENTAL STATE”

LENGUAJE	
<p>Máximo 2 Muestre un reloj y pregunte ¿Qué es esto? () Muestre un lápiz y pregunte ¿Qué es esto? () Total Correcto _____</p>	<p>Máximo 1 Repetición de una frase Ahora le voy a pedir que repita esta frase, si lo la puede repetir una sola vez. "NI NO, NI SI, NI PERO ()" Total Correcto _____</p>
<p>Máximo 3 (Nota: dar la orden junta) Comprensión del lenguaje Tome este papel con la mano derecha () Dóblelo por la mitad () Y déjelo en el suelo () Total Correcto _____</p>	<p>Máximo 1 Comprensión escrita (muestre la orden abajo escrita) <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">CIERRE LOS OJOS</div> Total Correcto _____</p>
<p>Máximo 1 Escritura de una frase: Quiero que escriba una frase que tenga sentido (en área para escribir la frase) () Total Correcto _____</p>	<p>Máximo 1 Copia de un dibujo Muestre al entrevistado el dibujo; con dos pentágonos que se entrecruzan. La acción es correcta si los dos pentágonos se entrecruzan, debe tener 10 ángulos.</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>Area para escribir la frase:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	

Línea de corte: 24

Total: _____

Calificación igual o menor a 23 indica probable deterioro cognoscitivo.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini mental state": A practical method for grading the clinician. J Psychiatr Res, 1975;12:129-0

FIGURA 11: ÁREA DONDE FUE LLEVADA A CABO LA ENTREVISTA DEL SAIH

Fuente: Elaboración propia

Se cuenta con otras dependencias y áreas para apoyar diversos casos según requiera el paciente.

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

SEPAVI



El Hospital General de Iguala “Dr. Jorge Soberón Acevedo” también cuenta con el programa de servicios especializado en prevención y atención a la violencia “SEPAVI” el cual es un servicio de psicología gratuito que atiende a personas que hayan sufrido algún tipo de violencia tanto como psicológica, sexual, física, verbal, económica o de cualquier tipo, para que puedas pertenecer a este programa tiene que ser referido de algún servicio del Hospital o por voluntad propia.


El primer filtro es el área de trabajo social donde al paciente lo entrevistan para detección, apliquen algunos cuestionarios para obtener datos generales y ser referido al área de psicología, para que le apliquen herramientas necesarias e identificar qué tipo y nivel de violencia están presentando, y de esta forma poder brindarle instrumentos de auto-ayuda. Es un servicio que también refiere al MP, al instituto de psiquiatría, DIF o la Fiscalía de delitos sexuales.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 8: HERRAMIENTA PARA MEDIR EL NIVEL DE VIOLENCIA



Prevención y atención a la violencia de género y sexual



SECRETARÍA DE SALUD

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR

No. DE EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____ JURISDICCION SANITARIA _____
HOSPITAL DE: _____ LOCALIDAD Y MUNICIPIO: _____
DOMICILIO: _____ NOMBRE DEL (A) USUARIO(A) _____
SEXO: M ___ ó F ___ EDAD: _____ EMBARAZADA: SI ___ NO ___

VIOLENCIA PSICOLOGICA

Sección 1: En los doce meses recientes, su pareja, algún familiar u otra persona...	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha menospreciado o humillado?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
Sospecha: _____ Anote indicadores de sospecha: _____	

VIOLENCIA FISICA

Sección 2: En los doce meses recientes, su pareja, algún familiar u otra persona...	
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha tratado de ahorcar?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
Sospecha: _____ Anote indicadores de sospecha: _____	

VIOLENCIA SEXUAL

Sección 3: En los doce meses recientes, su pareja, algún familiar u otra persona...	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
Sospecha: _____ Anote indicadores de sospecha: _____	

Si él o la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la sección 1, o a cualquier pregunta de las secciones 2 y 3, está viviendo en situación de violencia. Es importante aplicar el formato de evaluación de riesgo. Atiéndala con calidad y calidez. Refiérala al Módulo de Atención a la Violencia Familiar.

Prestador(a) de servicios de salud que aplica esta herramienta: _____ Firma _____

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- SEPAVI

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

**SERVICIOS AMIGABLES**

El Hospital General de Iguala “Dr. Jorge Soberón Acevedo” también cuenta con el programa de “Servicios amigables” donde atienden a la población adolescente entre 10 a 19 años, para prevenir un embarazo, atención de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, higiene sexual y diversos temas relacionados para los jóvenes, es un programa gratuito donde lo único que necesita son requisitos de INSABI y agendar una cita en dicha área. Ellos cuentan con orientación psicológica y consejería en el área de hospitalización, urgencias, módulo Mater y Toco, brindando acompañamiento en el duelo, atención emocional y en crisis de ansiedad.

También brindan intramuros como son: pláticas, talleres, feria de la salud y colocación de stand.

Encargada del programa Servicios Amigables: Psic. Perla Karina Arriaga Calderón

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 12: FOLLETO DE LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO POST-PARTO

SECRETARÍA DE SALUD GUERRERO

¿Por qué es importante para tu Salud utilizar un Método Anticonceptivo en el Post-Parto?

El personal médico valorará el riesgo reproductivo tomando en cuenta los aspectos que lo incrementan:

- Tener menos de 19 años o más de 35 años.
- Pesar menos de 40 kilos o más de 80 kilos.
- Si el tiempo entre un embarazo y otro ha sido menor a tres años.
- Si tu embarazo anterior terminó en cesárea o si has tenido más de una cesárea.
- Si en tus embarazos anteriores tuviste problemas de salud como: presión alta, pies o manos hinchadas, convulsiones, desmayos o diabetes.
- Si tienes diabetes, presión alta o alguna enfermedad de los riñones.
- Si no has estado embarazada o si has tenido más de tres embarazos.
- Si fumas.

¡Recuerda... es recomendable permitir que el cuerpo se recupere después de cada embarazo!

¿Cuáles son las opciones de APEO?
Si quieres esperar antes de tener otro hijo: existen métodos anticonceptivos disponibles que pueden ser temporales. Si estás segura de que no deseas tener más hijos: puedes utilizar métodos anticonceptivos definitivos.

Opciones anticonceptivas
Antes de salir del hospital y en la cuarentena.

<p>Mujer Método temporal Dispositivo Intrauterino (DIU)</p>	<p>Mujer Método definitivo Oclusión Tubaril Bilateral o Ligadura de Trompas (OTB)</p>	<p>Hombre Método definitivo Vasectomía sin bisturí (VSB)</p>
--	--	---

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 13: CONSENTIMIENTO DE INFORMADO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES



SECRETARÍA DE SALUD GUERRERO
 SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
 DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
 DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA
 PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

Folio: **CF 10306**

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES
(ORAL, PARCHE DÉRMICO, INYECTABLES MENSUAL Y BIMENSUAL)

Jurisdicción Sanitaria y Unidad de Salud que tramita el Consentimiento Informado: _____
 CLUES: _____ Lugar y Fecha: _____ No. de Expediente: _____
 La que suscribe _____ de _____ años, Estado Civil: _____
 domicilio particular en _____, con _____ hijo(s), considero necesario
 utilizar un método anticonceptivo temporal; solicito y autorizo se me otorgue un método para control de la fertilidad:

Para lo cual, estoy debidamente enterada de que:

- Existen métodos anticonceptivos modernos temporales que puedo usar como son: Implante Subdérmico, Dispositivo Intrauterino, Pastillas, Inyectable mensual y bimensual, Condones (Femenino – Masculino), Parche, los cuales sirven para mantener un control voluntario de mi fertilidad o métodos anticonceptivos permanentes para finalizar mi vida reproductiva.
- Puedo en cualquier momento solicitar atención médica para el seguimiento y valoración del método anticonceptivo o incluso finalizar su uso y como resultado de ello, **no se me negarán los servicios médicos, ni se me limitará el ejercicio de algún derecho adicional o programa social.**
- La Orientación – consejería que se me proporcionó fue en mi idioma _____ lo cual me permitió aclarar mis dudas y temores con respecto al método anticonceptivo que estoy eligiendo, denominado _____ con absoluta libertad de mis derechos sexuales y reproductivos.
- Estoy consciente de que no se me ha prometido algún beneficio económico, material, personal, ni comunitario, para aceptar este **MÉTODO PARA CONTROL DE LA FERTILIDAD.**
- No he recibido amenazas, ni he sido presionada u obligada para aceptar este **MÉTODO PARA CONTROL DE LA FERTILIDAD.**

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (LA) ACEPTANTE	HUELLA DIGITAL	CARGO, NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA QUE PROPORCIONÓ LA ORIENTACIÓN – CONSEJERÍA
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (LA) TRADUCTOR (A)		NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PERSONAL QUE REALIZÓ LA ENTREGA O APLICACIÓN DEL MÉTODO PARA CONTROL DE LA FERTILIDAD

*Nota: Para adolescentes menores de 18 años adjuntar el anexo del Apéndice C, contenido en la NOM 047 – SSA2 – 2015.
 *Original: Para el Expediente Clínico
 *Copia: Adjuntar en caso de contra referencia, anexas tarjeta para control de Usuarías(os) de anticonceptivos SIS-SS-PF-P.

Fuente: Hospital General de Iguala “Dr. Jorge Soberon Acevedo”- Servicios amigables.

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 14: FORMATO PARA RECIBIR CONSEJERIA SOBRE SALUD SEXUAL



APENDICE C. NORMATIVO

Formato para recibir Consejería sobre Salud Sexual y Reproductiva en el grupo Etario de 10 a 19 años sin acompañamiento

Por este medio, yo _____ del sexo femenino/masculino, de _____ años de edad, con fecha de nacimiento _____, quiero manifestar mi elección de recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva SIN acompañamiento al que se refiere el numeral 6.8.6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015. Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. El personal de edad condición social, estado civil o cualquier otra característica.

Lugar y fecha _____

Nombre y firma del (la) usuario(a)

Nombre y firma del consejero y personal de salud

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 15: HISTORIA CLÍNICA DE ADOLESCENTES

Programa de Atención a la Salud Reproductiva del Adolescente
HISTORIA CLINICA DE ADOLESCENTES

Fecha: _____
Folio: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Sexo: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección y tel.: _____ Edo. Civil: _____
Acompañado por: _____ (1 Solo 2 Padre 3 Madre 4 Ambos 5 Pareja 6 Amigo 7 Pariente 8 Otro)

MOTIVO DE LA CONSULTA

ANTECEDENTES PERSONALES

Vacunas: Si _____ No _____ Médicos: _____ Grupo sanguíneo y RH: _____
Quirúrgicos: _____ Observación: _____
Traumáticos: _____ Observación: _____
Tansfuncionales: _____ Observación: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

HERÉDO-FAMILIAR

Diabéticos: _____ Cardiologías: _____ Neurológicas: _____
Neoplásicos: _____ Reumáticos: _____ Hipertensivos: _____
EST/SIDA: _____ Obesidad: _____ Alcohol: _____
Drogas: _____

FAMILIARES

Edad Padres: ♂ _____ ♀ _____ Escolaridad Padres: ♂ _____ ♀ _____ (1 Primaria 2 Esc. Media 3 Tecnica/Profesionista)
Edo. Civil Padres: _____ (1 Casado 2 Separado/Divorciado 3 Viudo 4 Soltero) No. Hermanos _____ Lugar que ocupa _____
Padres vivos: ♂ _____ ♀ _____ Con quien vives _____ (1 Ambos 2 Padre 3 Madre 4 Padrino 5 Madrina 6 Familiar 7 Amigo 8 Otro)
Concuál padre te llevas mejor: _____ Por qué: _____ Y de tus hermanos: _____ Por qué: _____

ESCOLARES Y/O LABORALES

Grado escolar: _____ Promedio calificación: _____ ¿Repitio grados?: Si _____ No _____
Deserción escolar: Si _____ No _____ Causa _____ (1 Económica 2 Desinterés 3 Otra)
Problemas con maestros: Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____
Relación con compañeros Buena _____ Regular _____ Mala _____
¿Has tenido trabajo remunerativo? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____
¿Trabajas actualmente? Si _____ No _____

SEXUALES

Menarca: _____ Ritmo: _____ F.U.M.: _____ Gesta: _____ Para: _____ Cesarea: _____
Aborto _____ (1 Espontáneo 2 Provocado 3 Terapéutico) Dismenorrea _____ (1 Leve 2 Moderada 3 Severa) Espermarca _____ años
Leucorrea/Secreción peneana: Inicio vida sexual _____ años Con quién _____ (1 Novia(o) 2 Amiga(o) 3 Esposa(o) 4 Familiar 5 Trabajador(a) del sexo)
Usode anticonceptivos: _____ (1 Orales 2 Inyectables 3 De barrera 4 DIU 5 Otros 6 No usa) Relacionessexuales _____ (1 Heterosexuales 2 Homosexuales 3 Ambos)

RECREATIVOS

¿Que deporte practicas? _____ ¿Con quien? _____ Frecuencia _____
Pertenece a un Club o Asociación _____ Horas TV/día _____ Horas Computadora _____

HABITOS

Horas de sueño/día: _____ Insomnio: _____ Enuresis: _____ Pesadilla: _____
Otro: _____ Observación: _____ Comida por día: _____ Comida/día con familia: _____
Alimentación adecuada: Buena _____ Regular _____ Mala _____
Alcoholismo: _____ Tabaquismo pasivo: _____ Drogadicción: _____

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 16: HISTORIA CLÍNICA DE ADOLESCENTES

PERSONALIDAD					
Períodos de tristeza:	Si _____ No _____	Frecuencia:	_____	Duración:	_____
Te consideras más feliz, o menos feliz que los demás:		¿Por qué?: _____			
¿Estás de acuerdo con tu apariencia física?		Si _____ No _____	¿Qué cambiarías? _____		
¿Cómo te consideras en el presente?		Sociable _____	Timido _____	Estable _____	
¿Compartas las creencias religiosas de tu familia?		Si _____ No _____	Religión _____		
¿Sueles participar en riñas o peleas?		Si _____ No _____	¿Con que frecuencia?		Familiares/escolares _____
¿Qué haces si te agreden? _____					
EXPLORACIÓN FÍSICA					
Pulso _____	F.C. _____ /min	F.R. _____ /min	Temp. _____ °C	1 MC= _____	
Peso _____ kg	Talla _____ m	T.A. _____ mm/Hg	Percentilas: Peso _____	Talla _____	
Cabeza: _____					
Cuello: _____					
Tórax: _____					
Abdomen: _____					
Genitales: _____					
MsSa _____			MsS _____		
Mamaria		Valoración de Tanner Vello Púbico Femenino		Bello Púbico Masculino	
	1 _____		2 _____		2 _____
	2 _____		3 _____		3 _____
	3 _____		4 _____		4 _____
	4 _____		5 _____		5 _____
	5 _____				
Dr. _____					
LABORATORIO Y TRATAMIENTO					
COMENTARIO					
Nombre y Firma _____					

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

TABLA 9: ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE






Escala de Ansiedad Infantil de Spence

NOMBRE..... FECHA.....

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
6. Me da miedo hacer examen.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	Siempre

Fuente: Hospital General de Iguala “Dr. Jorge Soberon Acevedo” – Servicios Amigables



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 10: ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?.....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Escribe que es.....				
¿Con qué frecuencia te pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"– Servicios Amigables



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Solo 38 de los items setiene en cuenta surante la calificación.

Para el puntaje total se suman los puntos de cada respuesta para todos los items, el puntaje maximo es de 114, promedio 57 y minmo 0.

TABLA 11: INTERPRETECIÓN PARA LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE

INTERPRETACIÓN POR SUBESCALAS

Subscale	SCAS ITEMS									
Separation anxiety	+5	+8	+12	+15	+16	+44				
Social phobia	+6	+7	+9	+10	+29	+35				
Obsessive compulsive	+14	+19	+27	+40	+41	+42				
Panic/agoraphobia	+13	+21	+28	+30	+32	+34	+36	+37	+39	
Physical injury fears	+2	+18	+23	+25	+33					
Generalized anxiety	+1	+3	+4	+20	+22	+24				

Fuente: Hospital General de Iguala “Dr. Jorge Soberon Acevedo”– Servicios Amigables

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 12: ESCALA DE HAMILTON PARA VALORAR LA ANSIEDAD ²

Escala de Hamilton para la valoración de la ansiedad ²

0-5 Ausencia
6-14 Ansiedad leve
7-15 moderado grave

		Ausente (0 puntos)	Leve (1 punto)	Moderado (2 puntos)	Gravo (3 puntos)	Muy Grave (4 puntos)	Puntuación
1	Ansiedad						
		Preocupación, pesimismo, miedo al futuro e irritabilidad					
2	Tensión						
		Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación e incapacidad para relajarse					
3	Miedo						
		A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico o a las aglomeraciones					
4	Insomnio						
		Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas y terrores nocturnos					
5	Intelecto						
		Dificultad para concentrarse y reducción de la memoria					
6	Humor depresivo						
		Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz y alternación diurna					
7	Síntomas somáticos (musculares)						
		Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula y aumento del tono muscular					
8	Síntomas somáticos (sentidos)						
		Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad y sensación de perforación					
9	Síntomas somáticos cardiovasculares						
		Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones o sensación de desvanecimiento					
10	Síntomas respiratorios						
		Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros y disnea					
11	Síntomas gastrointestinales						
		Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborignos, meteorismo, pérdida de peso y estipsis					
12	Síntomas genitourinarios						
		Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia					
13	Síntomas del SN autónomo						
		Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea y piloerección					
14	Comportamiento del paciente durante el examen						
		Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.					
Total de puntos:							

Referencia:
2: http://www.biblioteca.com.ar/consulta/consulta_detalle.php?consulta_id=161203

Fuente: Hospital General de Iguala “Dr. Jorge Soberon Acevedo”– Servicios Amigables

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 13: CUESTIONARIO PARA MEDIR CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO



CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO¹

Instrucciones de llenado:

Este cuestionario es autoaplicable. Para cada enunciado, marca sólo una opción de respuesta:

En los últimos tres meses...

No.	PREGUNTAS	Opciones de respuesta				No invadir esta área
		NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA (2 veces en una semana)	CON MUCHA FRECUENCIA (más de 2 veces en una semana)	
1	Me ha preocupado engordar					
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida					
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)					
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso					
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso					
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso					
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso					
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso					
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso					
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso					
						Total:

¹ Unikel-Santoni C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública Mex 2004;46:509-515.

Fuente: Carreño García S. 2004. Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios Amigables

TABLA 14: INSTRUMENTO PARA MEDIR EL RIESGO DE SUICIDIO



Anexo 6 - Riesgo de Suicidio

Durante este último mes:

			PUNTOS
1. ¿Ha pensado que estaría muerto (a), o ha deseado estar muerto (a)?			1
2. ¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
3. ¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	6
4. ¿Ha planeado como suicidarse?	NO	SI	10
5. ¿Ha intentado suicidarse? -	NO	SI	10
A lo largo de su vida:			
6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4

¿Codificó Sí en por lo menos 1 respuesta? Riesgo de Suicidio

Si contesto Sí, sume el número total de puntos de las respuestas (1-6)

Para especificar el nivel de riesgo de suicidio.

- 1 - 5 puntos Leve
- 6 - 9 puntos Moderado
- igual o más de 10 puntos Alto

Fuente: M. Soto O. 1999. Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios Amigables



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 15: CUESTIONARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

SENTIRSE BIEN EN EL AULA Y EN EL CENTRO - 26 -

IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

Este cuestionario tiene por objeto identificar las ideas irracionales que usted tiene y que contribuyen, inconscientemente, a incrementar su nivel de estrés y, en consecuencia a vivenciar emociones negativas.

INSTRUCCIONES PARA RESPONDER AL CUESTIONARIO

- No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario.
- No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- No es necesario que piense mucho rato en cada ítem.
- Si está más de acuerdo que en desacuerdo con el ítem señale la casilla SI, si, por el contrario, está más en desacuerdo que de acuerdo, señale la casilla NO.
- Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.
- Conteste a todos los ítems.

	SI	NO	P
1 Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.			A
2 Odio equivocarme en algo.			A
3 La gente que se equivoca, logra lo que se merece.			A
4 Generalmente acepto los acontecimientos con filosofía.			B
5 Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.			B
6 Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.			A
7 Normalmente aplazo las decisiones importantes.			A
8 Todo el mundo necesita de alguien a quién recurrir en busca de ayuda y consejo.			A
9 "Una cebra no puede cambiar sus rayas".			A
10 Prefiero sobre todas las cosas pasar el tiempo libre de una forma tranquila.			A
11 Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo porque respetar a nadie.			B
12 Evito las cosas que no puedo hacer bien.			A
13 Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.			A
14 Las frustraciones no me distorsionan.			B
15 A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.			B
16 Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.			B
17 Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.			B
18 En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.			A
19 Es casi imposible superar la influencia del pasado.			A
20 Me gusta disponer de muchos recursos.			B
21 Quiero gustar a todo el mundo.			A
22 No me gusta competir en actividades en las que los demás son mejores que yo.			B
23 Aquellos que se equivocan merecen cargar con la culpa.			A
24 Las cosas deberían ser distintas a como son.			A
25 Yo provoqué mi propio mal humor.			B
26 A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza.			A
27 Evito enfrentarme a los problemas.			A
28 Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía.			A
29 Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro.			B
30 Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer.			B
31 Puedo gustarme a mí mismo aun cuando no guste a los demás.			B
32 Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo.			B

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 16: CUESTIONARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

SENTIRSE BIEN EN EL AULA Y EN EL CENTRO		
33	La inmoralidad debería castigarse severamente.	A
34	A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan.	A
35	Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a sí mismas.	B
36	No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra.	B
37	Normalmente tomo las decisiones tan pronto como puedo.	B
38	Hay determinadas personas de las que dependo mucho.	A
39	La gente sobrevalora la influencia del pasado.	B
40	Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo.	B
41	Si no gusto a los demás es su problema, no el mío.	B
42	Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago.	A
43	Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores.	B
44	Normalmente acepto las cosas como son aunque no me gusten.	B
45	Nadie está mucho tiempo enfadado, a menos que quiera estarlo.	B
46	No puedo soportar correr riesgos.	A
47	La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan.	A
48	Me gusta valerme por mí mismo.	B
49	Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser.	A
50	Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo.	A
51	Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás.	A
52	Disfruto de las actividades independientemente de lo bueno/malo que sea en ellas.	B
53	El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena.	A
54	Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas.	B
55	Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es.	A
56	Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro.	B
57	Raramente aplazo las cosas.	B
58	Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas.	B
59	Normalmente no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad.	B
60	Tener demasiado tiempo libre resulta aburrido.	B
61	Me gusta recibir la aprobación de los demás, pero no tengo necesidad real de ello.	B
62	Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo.	A
63	Todo el mundo es, esencialmente, bueno.	A
64	Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme.	B
65	Nada es intrínsecamente perturbador, si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos.	B
66	Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro.	A
67	Me resulta difícil hacer las tareas desagradables.	A
68	Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.	B
69	Somos esclavos de nuestro pasado.	A
70	A veces desearía poder irme a una isla tropical, y tenderme en la playa sin hacer nada más.	A
71	A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte.	A
72	Me trastorna cometer errores.	A
73	No es equitativo que "lleve igual sobre el justo que sobre el injusto".	A
74	Yo disfruto honradamente de la vida.	B
75	Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida.	A
76	Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo.	A
77	Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora.	B

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 17: CUESTIONARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

SENTIRSE BIEN EN EL AULA Y EN EL CENTRO		- 28 -	
78	Pienso que es fácil buscar ayuda.		A
79	Una vez que algo afecta a tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre.		A
80	Me encanta estar tumbado.		A
81	Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mi.		A
82	Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.		A
83	Generalmente doy una segunda oportunidad a quién se equivoca.		B
84	La gente es mas feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.		A
85	Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.		B
86	Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.		B
87	No me gustan las responsabilidades.		B
88	No me gusta depender de los demás.		B
89	La gente nunca cambia básicamente.		A
90	La mayoría de las personas trabajan demasiado y no descansan lo suficiente.		A
91	Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.		B
92	No me gusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.		B
93	Nadie es malo a pesar de que sus actos los sean.		B
94	Raramente me importunan los errores de los demás.		B
95	El hombre construye su propio infierno interior.		B
96	Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.		A
97	Si tengo que hacer algo lo hago a pesar de que no sea agradable.		B
98	He aprendido a no estar pendiente de nada que no este relacionado con mi bienestar.		B
99	No miro atrás con resentimiento.		B
100	No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.		A

PUNTUACIÓN DEL REGISTRO DE CREENCIAS

- 1) Si el ítem tiene la letra **A** y ha contestado **"SI"**, ponga una "cruz" (X) en la columna **P**.
- 2) Si el ítem tiene la letra **B** y ha contestado **"NO"**, ponga una "cruz" (X) en la columna **P**.
- 3) Pase las "cruces" al lugar correspondiente de la siguiente tabla, y sume el número de cruces que aparece en cada columna.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
11										
21										
31										
41										
51										
61										
71										
81										
91										

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 18: CUESTIONARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE IDEAS IRRACIONALES

SENTIRSE BIEN EN EL AULA Y EN EL CENTRO - 29 -

INTERPRETACIÓN

Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional que se explicita a continuación:

		P
1	Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.	<input type="text"/>
2	Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.	<input type="text"/>
3	Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	<input type="text"/>
4	Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.	<input type="text"/>
5	Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como lo acontecimientos inciden sobre sus emociones.	<input type="text"/>
6	Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.	<input type="text"/>
7	Es mas fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.	<input type="text"/>
8	Se necesita contar con algo mas grande y mas fuerte que uno mismo.	<input type="text"/>
9	El pasado tiene mas influencia en la determinación del presente.	<input type="text"/>
10	La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	<input type="text"/>

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 17: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

Fuente: Hospital General de Hidalgo "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 18: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.
- 8. Auto crítica**
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11 Agitación**
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12 Pérdida de Interés**
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.
- 13. Indecisión**

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 19: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 20: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)

20. Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Fuente: Hospital General de Iguala "Dr. Jorge Soberon Acevedo"- Servicios amigables.

FIGURA 21: ÁREA LLEVADA A CABO LA ENTREVISTA DE SERVICIOS AMIGABLES



Fuente: Elaboración propia.

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

VIOLENCIA DE GÉNERO

La Jurisdicción Sanitaria N° 02 cuenta con el programa gratuito de “Componente de prevención y atención a la violencia de género y sexual” donde atienden a la población de hombres y mujeres con pareja mayores de 15 años de edad que hayan sufrido algún tipo de violencia tanto como psicológica, sexual, física, verbal, económica o de cualquier tipo, se rigen con la Norma 046-SSA2-2005, la ley general de acceso de las mujeres con una vida libre de violencia y el manual de algoritmo de la secretaria de salud, refieren al área de salud mental, refugios y ruta de atención medica cada caso consta de 12 sesiones y posteriormente de concluirlo tienen un seguimiento de tres meses para ser monitoreados.

Encargada del programa Violencia de Genero: Psic. Martha Beatriz Carreto Méndez

FIGURA 22: FOLLETO DE DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA (VIOLENTÓMETRO)



Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala -Violencia de genero.

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

FIGURA 23: FOLLETO DE DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA (ESPIRAL DE LA VIOLENCIA)

ESPIRAL DE LA VIOLENCIA

"Vive sin excusas y ama sin violencia"

Explosión Violenta

Fuede emplear con túñan sobre lo que hablas y haces, hoy gritas y amenazas, bajo la excusa que haces las cosas mal.

Tímida agresión

Después de la violencia al agresor pide perdón, promete que no volverá a ocurrir así, entonces crees que la relación ha cambiado y vuelves a confiar.

Acumulación de tensión

Sin importar el momento cosas para evitar el inicio de la otra persona, llega el momento de la agresión.

Detección de la violencia en las primeras manifestaciones

Identifica lo siguiente

- ¿Te impiden participar en algunas actividades o juegos por ser "ruidosa"?
- ¿Buscas una relación de noviazgo o de pareja para no sentirte sola?
- ¿Creíste con la idea de verte "bien" para las demás personas?
- ¿Te han presionado para casarte y/o tener bebés?
- ¿Has pensado que en tu pareja no podrás salir adelante?
- ¿Tu pareja te ha dicho que la causa de los conflictos en su relación eres tú?
- ¿Tu pareja te llama constantemente para saber dónde y con quién estás?
- ¿Dejas de hacer cosas que a ti te gustan por miedo a que tu pareja se enoje contigo?
- ¿Tu pareja te ceta vigila o te dice cómo debes vestirse?
- ¿Se te dificulta decir que "NO", cuando no tienes ganas de hacer algo y al final terminas haciéndolo?
- ¿Te has sentido inquieto, preocupada y/o con miedo cuando estás con tu pareja?
- ¿Tu pareja ha mostrado conductas agresivas o poco control del alcohol u otras drogas y confías en que tú podrías ayudarlo a cambiar?
- ¿Pensas que si se embarazara tu pareja y tú las cosas entre ustedes podrían mejorar?
- ¿Has sentido náuseo o vergüenza en decirle a tu pareja lo que piensas porque puede molestarlo?
- ¿Revisa tu celular, facebook o twitter para ver con quién hablas?

Si te has identificado con una o más de estas preguntas, significa que estás en una situación de violencia. No te alarmes, estás a tiempo de prevenir situaciones más fuertes.

En nuestros Servicios de Salud contamos con diferentes opciones para que puedas sentirte mejor ante estas circunstancias.

Contactanos, nuestros datos vienen al reverso de este folleto.

Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala -Violencia de genero.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 19: HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA	
No. DE EXPEDIENTE: _____	FECHA: _____ JURISDICCION SANITARIA _____
NO. DE FOLIO: 27229 -17	
DOMICILIO: _____	NOMBRE DE LA USUARIA _____
SEXO: _____	EDAD: _____ EMBARAZADA: SI NO _____
VIOLENCIA PSICOLOGICA	
Sección 1: En los doce meses recientes, su pareja, algún familiar u otra persona...	
¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha menospreciado o humillado?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
Sospecha: _____	
Anote indicadores de sospecha: _____	
VIOLENCIA FISICA	
Sección 2: En los doce meses recientes, su pareja, algún familiar u otra persona...	
¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha tratado de ahorcar?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
Sospecha: _____	
Anote indicadores de sospecha: _____	
VIOLENCIA SEXUAL	
Sección 3: En los doce meses recientes, su pareja, algún familiar u otra persona...	
¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad <u>con</u> violencia física?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad <u>sin</u> violencia física?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Si ¿Quién lo hizo? _____ No _____
Sospecha: _____	
Anote indicadores de sospecha: _____	
*Si el o la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la sección 1, o a cualquier pregunta de las secciones 2 y 3, está viviendo en situación de violencia.	
* Es importante aplicar el formato de evaluación de riesgo. Atienda con calidad y calidez.	
* Refiérala al Módulo de Atención a la Violencia Familiar.	
Prestador(a) de servicios de salud que aplica esta herramienta: _____	
Firma _____	

Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala -Violencia de genero.

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

FIGURA 24: ÁREA LLEVADA A CABO LA ENTREVISTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Fuente: Elaboración propia



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

SALUD MENTAL

La Jurisdicción Sanitaria también cuenta con el programa de “Salud Mental”, es un programa gratuito que atiende a la población de niños de 5 a 9 años y adolescentes de 10 a 20 años, donde brindan atención psicológica en casos de depresión, ansiedad, problemas alimenticios, dependencia y autismo. Para pertenecer a este programa es necesario ser referido de algún centro de salud, para posteriormente aplicar entrevista y cuestionarios a padres de familia y ser atendido por el módulo de psicología, trabajan con terapia Cognitivo Conductual, la cual consta de 12 sesiones y posteriormente al concluirlo se sigue monitoreando al paciente, si es requerido lo refieren al área de tele psiquiatría, Juan N. Navarro y Fray Bernardino.

Encargada del programa Salud Mental: Psic. Betsy Martínez Hernández

FIGURA 25: ÁREA LLEVADA A CABO LA ENTREVISTA DE SALUD MENTAL



Fuente: Elaboración propia

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 20: ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN



Escala de Hamilton para la Depresión (válida por Ramos-Brieva y cols¹⁸²)

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de intereses en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (énfasis de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala –Salud Mental

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 21: ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN



Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: - Gastrointestinales: boca seca, flatulencias, diarrea, eructos, retorcijones - Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias - Respiratorios: Hiperventilación suspiros - Frecuencia urinaria - Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen, sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza, dorsalgias, cefalalgias, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntoma como - Pérdida - Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g. en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g. en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala –Salud Mental

TABLA 22: CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES



Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL...				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
 POCO = 1 PUNTO.
 BASTANTE = 2 PUNTOS.
 MUCHO = 3 PUNTOS.

- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6-11 años: una puntuación >17 es sospechosa de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6-11 años: una puntuación >12 es Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala –Salud Mental



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 23: CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

**Cuestionario de conducta en la Escuela**

(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

DESCRIPTORES	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas.				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Tranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala –Salud Mental

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

TABLA 24: CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR



Cuestionario de conducta en el Hogar (C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

DESCRIPTORES	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores.				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estar quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutiador.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				

Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala –Salud Mental

TABLA 25: CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR



**Cuestionario de conducta en el Hogar
(Continuación)**

(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada

DESCRIPTORES	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo.				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, "fardón"				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				

Fuente: Jurisdicción Sanitaria N° 02 de Iguala –Salud Mental



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

CECOFAM

El palacio de justicia cuenta con el área de “CECOFAM” Centro de convivencia familiar, donde atienden a padres, niños y familias que estén en un proceso legal o un nivel de conflicto alto, para ser atendido en este programa debe ser referido por algún juzgado o juez.

Este programa trata de reestablecer vínculos familiares y lazos familiares afectivos para poder tener una familia integrada, consta de 5 áreas:




1. Trabajo social donde se brinda todos los datos personales
2. Área médica donde se hace una revisión corporal y médica.
3. Atención psicológica donde se brindan las terapias familiares o individuales.
4. Área de evaluación psicológica donde se aplica test y pruebas psicológicas a los integrantes de la familia.
5. Talleres psicoeducativos donde las familias asisten a psicoeducarse para que su núcleo familiar sea más estable.

Costa de 12 a 15 sesiones dependiendo el caso, aplican entrevistas, contrato terapéutico, un informe mensual y un plan de intervención para cada familia.

Encargada del área de evaluación CECOFAM: Psic. Helena Sayuri Hernández Ocampo

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 26: ENTREVISTA PARA NIÑOS Y NIÑAS

**PODER JUDICIAL DEL ESTADO DE GUERRERO
CONSEJO DE LA JUDICATURA ESTATAL
CENTRO DE CONVIVENCIA FAMILIAR SUPERVISADA**

**Área de Atención psicológica
ENTREVISTA PARA NIÑAS Y NIÑOS**

No. de Expediente Interno: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

I. Ficha de identificación del Menor

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Edad (años cumplidos): _____ Sexo: _____
 Escolaridad: _____

¿Cómo quieres que yo te diga? _____
 ¿Sabes porque has venido aquí? _____

II. Familia

1. ¿Cómo se llama tu papá? _____
 2. ¿Te gusta estar con él? _____ ¿Por qué? _____
 3. ¿Cómo se llama tu mamá? _____
 4. ¿Te gusta estar con ella? _____ ¿Por qué? _____

5. ¿Tienes hermanos? Menciona sus nombres y edades. ¿Cómo te llevas con ellos?

6. ¿Quiénes viven contigo?

7. De tu familia ¿con quién platicas y juegas más?

8. ¿Quién te cuida la mayor parte del tiempo?

9. Qué es lo que más te agrada de tu:
 Papá _____
 Mamá _____

10. Qué es lo que menos te agrada de tu:
 Papá _____
 Mamá _____

11. ¿Sabes qué está pasando en tu familia. con papá y mamá? (qué te dijeron, quién).

12. ¿Convives con tu papá/mamá? Si (¿qué actividades realizas con él/ella?) No (¿hace cuánto tiempo que no ves a tu papá/mamá y qué recuerdas de él/ella? (Aspectos positivos y negativos).

III. Escuela

13. ¿Te gusta ir a la escuela? Si No ¿Porqué?

14. ¿Cómo te llevas con tus compañeros?

Fuente: Palacio de justicia de Iguala – CECOFAM

Ana Karen Ocampo Pedrote
 Facultad de Psicología.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

FIGURA 27: ENTREVISTA PARA NIÑOS Y NIÑAS

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA GUERRERO

PODER JUDICIAL DEL ESTADO DE GUERRERO
CONSEJO DE LA JUDICATURA ESTATAL
CENTRO DE CONVIVENCIA FAMILIAR SUPERVISADA

CONSEJO DE LA JUDICATURA

15. ¿Cómo vas en la escuela? (rendimiento académico)

IV. Hábitos

16. ¿Cuántas veces comes al día? ¿Qué comiste ayer?

17. ¿Con quién comes?

18. ¿Con quién duermes?

19. ¿Tienes pesadillas? Si No ¿Con qué frecuencia?

V. Salud

20. ¿Con qué frecuencia te enfermas?, ¿Quién te lleva al médico?, ¿Quién te cuida?

VI. Sentimientos

21. ¿Hay algo especial que te haga sentir...?

VI. Aspectos Generales

22. ¿Qué cosas te gusta hacer?

23. Te preocupa algo en este momento

24. ¿Qué te gustaría que pasara?

25. ¿Hay algo que te gustaría compartir conmigo?

**Ahora que hemos terminado la entrevista, ¿Tienes alguna duda acerca de lo que te he preguntado?
¿Tú quieres preguntarme algo?*

Observaciones del psicólogo (a):	Actitud del menor en la entrevista:
	<input type="checkbox"/> Búsqueda de apoyo <input type="checkbox"/> Hostilidad/Agresividad <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Risa nerviosa <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Indiferencia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____

Nombre del psicólogo(a) _____ firma del psicólogo(a) _____

Fuente: Palacio de justicia de Iguala - CECOFAM

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.

Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

DIF

El “DIF” Desarrollo Integral de la Familia, atiende a la población de 6 años de edad en adelante que son niñas, niños, adolescentes, adultos y se enfocan en la integración familiar, para pertenecer a este programa, es necesario, sacar cita o ser referido de alguna dependencia que solicite su apoyo en el área psicológica, en ella te brindan tus datos personales, tu motivo de consulta y un plan psicoterapéutico específico para cada paciente, esta dependencia también refiere a AA, Uneme, cardiólogo o psiquiatra dependiendo el caso. También brindan intramuros como son: platicas en escuelas, fechas conmemorativas contra la violencia de género o infantil, platicas en el Cereso PPL, y ferias de la violencia.

Encargado del área DIF: Psic. Fernando Salgado

FIGURA 28: ÁREA LLEVADA A CABO LA ENTREVISTA DE EL DIF



Fuente: Elaboración propia

*Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.*



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

PROCURADURIA DE LA DEFENSA DEL MENOR

El DIF también cuenta con el área de la “Procuraduría de la defensa del menor”, la cual atiende a la población de niñas, niños y adolescentes de entre 4 a 18 años de edad, brindan terapias familiar, estilos de crianza para padres para una mejor integración al núcleo familiar, para pertenecer a este programa es necesario sacar cita, tener una valoración por el psicólogo, posteriormente se brinda un tratamiento y se especifican las sesiones requeridas para dicho caso, manejan 3 áreas: Jurídica, Trabajo Social y Psicología. Los refieren del MP, juzgado de lo familiar, ejecución familiar o voluntad propia.

Procuradora para los derechos de las niñas, niños y adolescentes: Lic. Guadalupe Zavaleta Lagunas

FIGURA 29: ÁREA LLEVADA A CABO LA ENTREVISTA DE LA DEFENSA DEL MENOR



Fuente: Elaboración propia



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

UNEMES CAPA

La unidad médica especializada y centro en atención primaria en adicciones es una dependencia que brinda asesorías psicológicas gratuitas a personas que tienen algún tipo de adicción como son: alcoholismo, tabaquismo, psicofármacos, cafeína, cannabis, pornografía, juegos, comida, compras, trabajo, etc. Ellos brindan las herramientas necesarias del manual de procedimiento de UNEMES CAPA que consta de 10 programas y un área de salud mental, para pertenecer a este programa tiene que ser referido o puede solicitar el apoyo por voluntad propia, sacar una cita y se dará una consulta una vez por semana, cuentan con pláticas y talleres.

Trabajadora Social: Cristina Soto



Conclusión



Conclusión

Esta investigación aborda la problemática del abandono en la psicoterapia y destaca la importancia de implementar herramientas y estrategias psicológicas para prevenirlo. Se han identificado diferentes enfoques, como recordar a los pacientes sus citas, establecer una contribución económica, realizar entrevistas de inducción de rol y establecer una adecuada alianza terapéutica.

Es fundamental comprender las razones detrás del abandono y buscar soluciones para mejorar la efectividad de los tratamientos. Si bien es inevitable que algunos pacientes abandonen, es necesario reflexionar sobre lo ocurrido y evaluar nuestras técnicas y criterios de evaluación.

La aplicación adecuada de estas herramientas y la búsqueda de alternativas pueden contribuir a reducir la tasa de abandono en la psicoterapia, permitiendo que los pacientes continúen su proceso de tratamiento y obtengan los beneficios deseados. Es un desafío constante para los psicólogos mejorar la retención de los pacientes y garantizar un tratamiento eficaz y completo.

Es necesario continuar investigando y desarrollando estrategias preventivas para afrontar el abandono en la psicoterapia, con el objetivo de brindar un apoyo más efectivo y mantener a los pacientes comprometidos en su proceso de recuperación.

El abandono en la psicoterapia es un problema frecuente y con importantes repercusiones tanto para los pacientes como para los terapeutas. A medida que aumentan los problemas mentales y emocionales en la sociedad, la demanda de ayuda psicoterapéutica se ha incrementado. Sin embargo, existen diversos obstáculos que dificultan tanto el inicio como la continuidad de un proceso terapéutico.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Uno de los principales desafíos es el estigma y la desconfianza asociados con la psicoterapia. Muchas personas tienen tabúes y creencias erróneas acerca de la terapia, pensando que solo está destinada a personas "locas" o "traumadas" o que el psicoterapeuta solo brinda consejos u opiniones y no está preparado ni actualizado en su área para dar un mejor servicio. Estos prejuicios pueden generar resistencia a buscar ayuda y contribuir al abandono prematuro del tratamiento.

Además, la relación terapéutica entre el paciente y el psicoterapeuta juega un papel crucial en la efectividad de la psicoterapia. Establecer un buen vínculo basado en la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional es fundamental. La calidad de esta relación puede influir en la adherencia del paciente y en su compromiso con el proceso terapéutico.

El abandono de la psicoterapia tiene consecuencias negativas para los pacientes, ya que disminuye la probabilidad de buscar ayuda en el futuro y refuerza la sensación de desesperanza en relación con la resolución de sus dificultades. Para los psicoterapeutas, el abandono representa un desafío en su labor de ayudar a los pacientes y puede afectar su satisfacción profesional. Además, desde el punto de vista de los administradores de servicios de salud mental, el abandono implica una utilización ineficiente de los recursos y una menor efectividad de los tratamientos.

Es importante implementar estrategias para reducir la tasa de abandono en la psicoterapia. Esto implica considerar los factores que contribuyen al abandono y las consecuencias de interrumpir el tratamiento. La duración adecuada de una psicoterapia puede variar según el tipo de terapia, el trastorno del paciente y los objetivos terapéuticos. No se puede establecer un mínimo de sesiones aplicable para todos los casos, ya que cada situación es única.

En resumen, comprender y entender el abandono en la psicoterapia es fundamental para mejorar la efectividad de los tratamientos y brindar un mejor apoyo a aquellos que buscan ayuda para sus problemas mentales y emocionales. Se requiere una combinación de esfuerzos, incluyendo educación sobre la psicoterapia, desestigmatización de los trastornos mentales y el



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

fortalecimiento de la relación terapéutica, para superar los desafíos asociados con el abandono y promover una mayor adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, el abandono de los tratamientos psicológicos es un problema común en la práctica clínica y tiene repercusiones significativas tanto para los pacientes como para los terapeutas. El establecimiento de un buen rapport y una comunicación efectiva desde el inicio de la terapia son fundamentales para fomentar la continuidad del tratamiento.

Las etapas de la entrevista, que incluyen el rapport, el desarrollo y el cierre, desempeñan un papel crucial en el éxito de la terapia. El rapport inicial crea un ambiente de confianza y comodidad para el paciente, mientras que la fase de desarrollo permite profundizar en los problemas y tomar decisiones conjuntas. Finalmente, el cierre de la entrevista consolida los logros alcanzados y brinda la oportunidad de aclarar cualquier malentendido.

La entrevista clínica es una herramienta fundamental para obtener datos significativos y aclaratorios en el diagnóstico psicológico clínico o neuropsicológico. No solo proporciona información relevante, sino que también permite definir el tipo de tratamiento necesario y tomar decisiones clínicas adecuadas.

Los objetivos de la entrevista clínica incluyen obtener un diagnóstico o juicio clínico, conocer a la persona, establecer y mantener una relación interpersonal, comprometer al paciente en el tratamiento, respetar su tiempo y responder a sus expectativas. Durante las primeras interacciones entre terapeuta y paciente, se establecen los cimientos de la relación terapéutica, creando un clima de confianza y apertura que favorece la comunicación interpersonal. El vínculo terapéutico, basado en la confianza mutua y la aceptación, juega un papel crucial en el proceso terapéutico.

El abandono puede ocurrir de manera inesperada, sin previo aviso, lo que se considera un mayor fracaso terapéutico. Sin embargo, cuando el paciente acude de manera voluntaria y muestra iniciativa, hay una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Es importante reconocer que existen diversos factores relacionados con el abandono, incluyendo variables demográficas, por lo que no se puede generalizar a un único perfil.

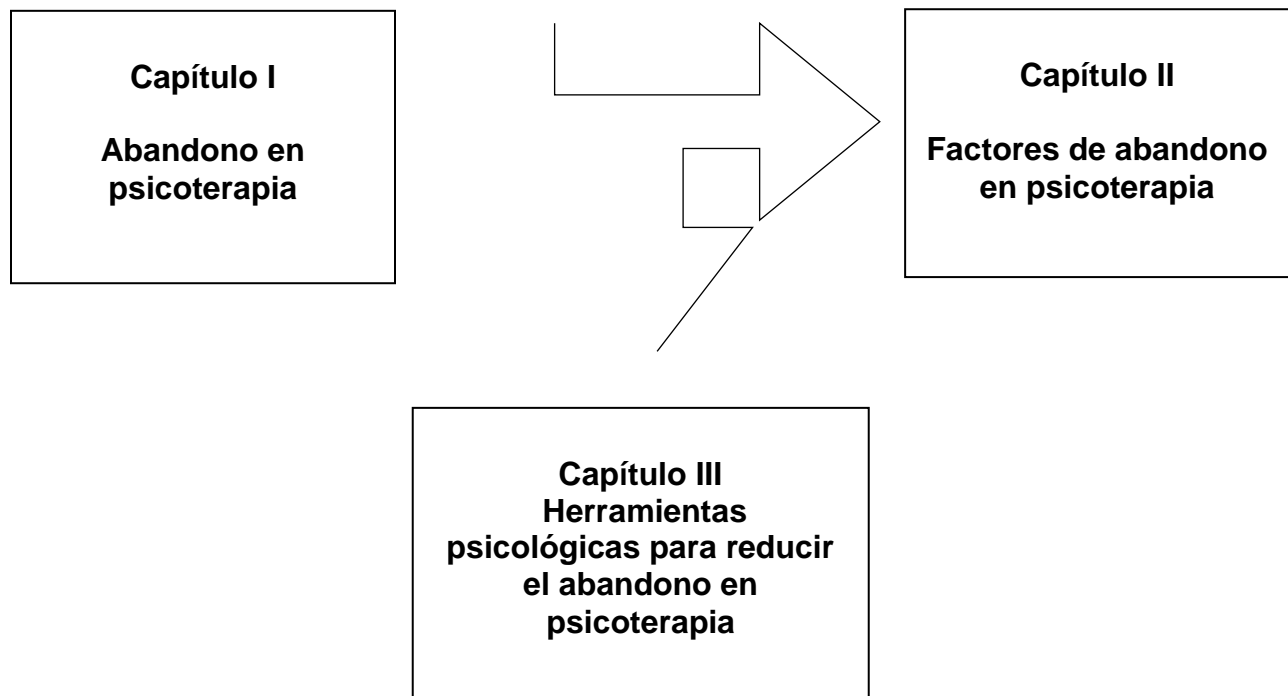
Para evitar el abandono, es esencial establecer una comunicación efectiva y utilizar estrategias de trabajo que ayuden a reducir esta problemática.

Se necesita un enfoque más integral que brinde herramientas y recursos a los psicólogos y al personal de salud para reducir el abandono en la psicoterapia. Esto permitirá mejorar la efectividad de los tratamientos y brindar un mejor apoyo a los pacientes en su proceso de recuperación.

Durante la investigación y a los diferentes centros de ayuda psicológica a los que se acudieron a pedir informes de su proceso para ingresar, se observan y se analizan los factores por los cuales los pacientes dejan de asistir a terapias psicológica:

1. Alta voluntaria
2. Falta de Rapport
3. La resistencia al cambio
4. Mala aplicación de entrevista inicial
5. El paciente quiere resultados inmediatos.

**Esquema**





Bibliografía

- Bueno, A., Córdoba, A., Escolar, A. & Calvo, C. (2000). Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental de Distrito de Jerez de la Frontera. *Psiquiatría Pública*, 12 (2), 139-149.
- Cujiño, M., Monsalve, P. & Zambrano, S. (2010). *Factores asociados al abandono terapéutico en usuarios del Centro de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz entre el 2004 y 2009* (Tesis de maestría). Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Chrome.extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/PsicoterapiaExitosa.pdf
- Chrome.extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://psiquiatria.com
- Discapnet: El portal de la discapacidad Fundación ONCE - Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Terapias de Grupo. Citado el 1 de enero de 2009. Disponible en URL: [salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Guias%20de%20Salud/Guia%](http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Guias%20de%20Salud/Guia%20de%20Terapias%20de%20Grupo)
- Díaz Portillo I. Bases de la terapia de grupo. México: Pax; 2000. Kutash IL. Wolf A. Psiconálisis de Grupos. En: Kaplan HI. Sadock BJ. Terapia de grupo. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 1998. pp. 136-149.
- García, G. (2005). Estructura factorial del modelo de personalidad de Cattell en una muestra colombiana y su relación con el modelo de cinco factores. *Avances en Medición*, 3, (1), 53-72.
- Gavino, A. & Godoy, A. (1993). Motivos del abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (66), 511-536.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

- González Núñez JJ. Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno; 1999.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Iraurgi, J. (1995). Estimación de riesgo de abandono a los tres y seis meses en un servicio de salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12 (45), 173-178.
- Jo, T. & Almas, S. (2007). Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*, 2-14. Tomado el 6 de junio de 2010.
- Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3), 1-10.
- Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, 14, 1-16.
- Rondón, A., Otálora, I. & 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.
- Roller B. Nelson V. Coterapia. En: Kaplan HI. Sadock BJ. Terapia de grupo. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 1998. pp. 334-343. Kymissis P. Terapia de grupo con adolescentes. Kaplan HI. Sadock BJ. Terapia de grupo. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 1998. Pp.631-639.
- Rosenbaum M. Terapia de grupo con abordaje Humanista-Existencial. En: Kaplan HI. Sadock BJ. Terapia de grupo. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 1998. pp. 258-267.
- Rutan JS. Terapia psicoanalítica de grupo. En Kaplan HI. Sadock BJ. Terapia de grupo. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 1998. pp. 149-157.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

Sacks JM. Psicodrama. En: Kaplan HI. Sadock BJ. Terapia de grupo. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 1998. pp. 234-249.

Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernández, H., Gaviria, M., Chavarría, F. & Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes Psicológicos*, 8, 89-106.

<https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1996/vol3/arti2.htm>

<http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandonotratamiento/index.htm>.

<https://www.redalyc.org/pdf/167/16719204.pdf>

<http://www.scielo.org.co/pdf/rci/n62/n62a09.pdf>

[https://tejedordehistorias.wordpress.com/tag/modelo-de-autorregulacion/#:~:text=El%20modelo%20de%20autorregulaci%C3%B3n%20de%20Barkley%3A%20Las%20funciones%20ejecutivas%20\(III\)&text=Como%20vimos%20en%20el%20art%C3%ADculo,le%20dirijan%20a%20una%20meta.](https://tejedordehistorias.wordpress.com/tag/modelo-de-autorregulacion/#:~:text=El%20modelo%20de%20autorregulaci%C3%B3n%20de%20Barkley%3A%20Las%20funciones%20ejecutivas%20(III)&text=Como%20vimos%20en%20el%20art%C3%ADculo,le%20dirijan%20a%20una%20meta.)

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000200003

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000200001

http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf

<https://www.psicologosgv.com/blog/30-historia-de-la-psicoterapia#:~:text=Se%20cree%20que%20las%20primeras,el%20estudio%20de%20la%20mente.>

<http://bonding.es/grupos-crecimiento-personal/#:~:text=Los%20Grupos%20de%20Crecimiento%20Personal,mismas%20y%20con%20los%20dem%C3%A1s.>

<https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/que-es-el-psicoanalisis/>

<https://psicologiaymente.com/clinica/recordatorios-para-mejorar-adhesion-tratamiento>

Ana Karen Ocampo Pedrote
Facultad de Psicología.



Factores que determinan un Abandono en Psicoterapia

<https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/family-therapy/about/pac-20385237#:~:text=La%20terapia%20familiar%20es%20un,cl%C3%ADnico%20o%20un%20terapeuta%20acreditado.>

<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/terapia-gestalt>

<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/terapia-de-grupo#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20terapia%20de,otros%2C%20bajo%20su%20moderaci%C3%B3n%20profesional.>

<https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-de-grupo>