

11241

2 ej' 17

U. N. A. M.

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Hospital Psiquiátrico

"Fray Bernardino Alvarez"

DESERCIÓN DE PACIENTES EN PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

Tesis que para obtener el título de
Especialista en Psiquiatría

presenta

Elena Fernández del Valle Larsen

- 1989 -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

Indice

Introducción	p. 1
Antecedentes	p. 2
La importancia de la primera entrevista	
Otros factores relacionados con la deserción	
El presente estudio	
Contexto en que se llevó a cabo el estudio	
Métodos	p. 8
Resultados	p. 11
Descripción de la muestra	
El primer contacto con el hospital	
La entrevista en la Consulta Externa	
La deserción	
Análisis estadístico	p. 15
Discusión	p. 20
Conclusiones	p. 23
Tablas	
Bibliografía.	

Introducción

Este estudio tiene por objeto conocer la proporción en que se presenta la deserción en los pacientes que reciben psicoterapia individual en la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" (H.F.B.A.), e identificar algunos de los factores relacionados con la misma, prestando especial atención a la presencia o ausencia de una explicitación del contrato terapéutico y de una devolución de información al paciente, en la primera entrevista.

La idea central de este estudio surgió en las primeras semanas de mi tercer año de residencia en Psiquiatría, cuando, asignada a la Consulta Externa del H.F.B.A., me enfrenté a mis primeros pacientes de psicoterapia. Como todo principiante entusiasta, experimentaba las deserciones de mis pacientes como un fracaso personal. Me resultaba inevitable preguntarme si habría hecho yo algo mal al entrevistar por primera vez a mi paciente. En busca de respuestas, acudí a la literatura sobre el tema.

La importancia de la primera entrevista

Braier y Fiorini coinciden en la importancia que tiene para el desarrollo de la relación terapéutica el primer contacto con el paciente. Braier afirma:

"De los primeros contactos con el paciente depende en buena parte el destino de la relación de éste con su terapeuta (quien podrá ser o no el que lo haya entrevistado)"

(1)

Fiorini va aún más allá al decirnos que

"...el manejo que haga el terapeuta de esta primera entrevista puede tener una influencia decisiva en la continuidad o abandono del tratamiento..." (2)

El mismo Fiorini se refiere al alto porcentaje de deserciones después de una primera entrevista -30 a 65%. En un estudio llevado a cabo en la Consulta Externa del H.F.B.A. en 1986, Luna (3) encontró un porcentaje global de deserción de 68%, la mayor parte del cual se debió a deserciones ocurridas después de la primera o segunda entrevistas. Este estudio incluye a todos los pacientes de la Consulta Externa, sin hacer mención especial de los que se encontraban en psicoterapia. El hecho de que el 71% de las deserciones hayan ocu-

rrido después de la primera entrevista va de acuerdo con la ya citada opinión de Fiorini.

Ahora bien, ¿Cuál sería el objetivo de una primera entrevista? ¿Cómo debe el terapeuta manejar este contacto inicial con el paciente?

Bellak (4) propone, entre las tareas a cumplir en la primera entrevista, la obtención de una historia lo más completa posible. El proceso de obtención de los datos se aprovecha para crear una atmósfera de empatía, que favorezca la esperanza y permita el establecimiento de una alianza terapéutica.

Fiorini y Braier (2, 1) coinciden en que, además, hay que brindar al paciente cierta clarificación inicial de su problemática, y "por último" -dice Braier- "deben fijarse las distintas condiciones del contrato terapéutico, en especial las correspondientes a los aspectos espaciotemporales del encuadre: posición espacial de terapeuta y paciente, horarios, frecuencia y duración de las sesiones; eventualmente, fechas de terminación del tratamiento".

Entre los estudios publicados sobre deserción en psicoterapia en los últimos 10 años, 4 se refieren a la ulterior

evolución de los pacientes desertores. En 2 de éstos (8,9) se describe una asociación entre la deserción y una mayor utilización posterior de servicios psiquiátricos. En los 2 estudios restantes, Pekarik (10, 11) explora la relación entre el motivo de deserción y la evolución posterior de los síntomas, y entre el número de sesiones a que asistió el paciente y su nivel de ajuste en los meses siguientes. Otro estudio (12) compara las deserciones de pacientes deprimidos en psicoterapia con las deserciones de pacientes en farmacoterapia.

Pero, a pesar de la importancia que se concede al tema de la primera entrevista en los tratados sobre psicoterapia breve, no hay, entre los estudios publicados en los últimos 10 años, ninguno que explore la relación entre la explicitación del contrato terapéutico y la deserción temprana.

Otros factores relacionados con la deserción

Lambert (5) se refiere a la relación entre las características del paciente y la tendencia a la deserción. En resumen, afirma lo siguiente:

- Los pacientes de nivel socioeconómico bajo tienden a abandonar prematuramente la terapia.

- La tendencia a desertar guarda relación con el tipo de expectativas del paciente hacia su terapeuta.

- Es posible modificar la proporción de deserciones proporcionando a los pacientes un entrenamiento previo al inicio de la terapia.

Por otra parte, Valamatzis y Verveniotis (6), en un estudio sobre la deserción temprana en 24 casos en psicoterapia breve, encontraron una fuerte asociación entre la adherencia al tratamiento y factores como la presencia de un problema circunscrito, la existencia de una crisis, y los altos grados de motivación.

El presente estudio

En este estudio, de tipo prospectivo, observacional y analítico, se explora el porcentaje de deserciones de los pacientes que iniciaron la psicoterapia dentro de un determinado período, así como la frecuencia con que se formula un contrato terapéutico explícito y la relación entre el establecimiento de éste y la adherencia al tratamiento.

Contexto en que se llevó a cabo el estudio

La Consulta Externa del H.F.B.A. cuenta con un programa de psicoterapia individual de acuerdo al cual existe la capacidad para proporcionar atención hasta a 40 pacientes cada día. Participan en este programa, como terapeutas, residentes de psiquiatría de tercer año, residentes de 4o. y 5o. años que cursan la maestría en Psicoterapia Médica (UNAM) y médicos adscritos.

La indicación de la psicoterapia individual como tratamiento apropiado para determinado paciente la hace el psiquiatra encargado de la primera entrevista en la Consulta Externa, de acuerdo con las características del caso y con la disponibilidad de recursos. Esta primera entrevista con el paciente incluye la evaluación de su estado actual, la obtención de una historia clínica sumaria, y la formulación de un diagnóstico y plan terapéutico iniciales. Se cierra la entrevista con la devolución al paciente o a sus familiares de alguna información acerca del padecimiento y del tratamiento a seguir. En los casos en que se indica la psicoterapia individual, es éste, por lo regular, el momento en que se formula el contrato terapéutico.

La duración del tratamiento queda, cuando el terapeuta es un residente, determinada por el tiempo de permanencia en el servicio de éste: unos meses, o, a lo más, un año. Así, aunque existe la posibilidad de "heredar" pacientes, la terapia se plantea necesariamente como sujeta a término en un plazo más o menos breve.

Cabe mencionar que, al momento de la primera entrevista en la Consulta Externa, el paciente ha tenido ya, días o semanas antes, contacto con el hospital, al llevarse a cabo en el servicio de Urgencias la entrevista de Preconsulta. Este estudio intenta también explorar la importancia que tiene para el destino de la relación terapéutica el primer contacto del paciente con el hospital.

Métodos

Definición de la población: Se incluyó a los pacientes que iniciaron psicoterapia individual en la Consulta Externa del H.F.B.A., entre el 17/05 y el 15/07 de 1988.

Criterios de exclusión: Se excluyó a los pacientes que no respondieron el cuestionario entregado al concluir la primera entrevista.

Ubicación espacial y temporal: La Consulta Externa del H.F.B.A. Se siguió a los pacientes que participaron en el estudio hasta el 30/09/88 (es decir, durante un máximo de 20 semanas y un mínimo de 11).

No se hizo muestreo, pues el volumen de la población a estudiar no lo requirió.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN: Se tomó como variable de interés primario la deserción durante el tratamiento psicoterapéutico. La deserción se definió como la ausencia del paciente en el día y hora convenidos para su sesión, en dos ocasiones consecutivas.

Como variables auxiliares se registraron:

VARIABLES DEMOGRÁFICAS (edad, sexo, estado civil, domicilio)

Número de sesiones a que asistió el paciente (en caso de deserción).

Diagnóstico.

Empleo de medicamentos.

Tiempo transcurrido entre la preconsulta y la primera cita a Consulta Externa.

Grado de preparación de los entrevistadores a cargo de la preconsulta y la historia clínica de cada caso.

Presencia o ausencia de una explicitación del contrato terapéutico y de una devolución diagnóstica inicial al paciente, por parte del médico.

Fuentes de información: Registro de pacientes que acuden a la C.E. cada día.

Expediente clínico de cada paciente.

Cuestionario proporcionado a los pacientes después de la primera entrevista.

Instrumento: Se diseñó un cuestionario que tiene por fin conocer si en cada caso hubo, por parte del psiquiatra a cargo de la entrevista, una devolución diagnóstica inicial al paciente y una explicitación de los términos del tratamiento. Consta de 5 preguntas cerradas a las cuales el paciente responde marcando la opción elegida.

Procedimiento: Se registró, durante el período comprendido entre el 17/05/88 y el 15/07/88, el nombre de cada paciente

asignado a psicoterapia después de la primera entrevista en la Consulta Externa. Las recepcionistas de la Consulta Externa entregaron a cada uno de estos pacientes el ya mencionado cuestionario. El período de seguimiento comprendió un máximo de 20 semanas y un mínimo de 11, dependiendo del momento en que cada paciente ingresó al estudio.

La revisión posterior del expediente clínico de cada uno de los pacientes incluidos permitió la identificación de los desertores y la obtención de los datos necesarios para completar el estudio.

Se informó al jefe de la Consulta Externa y se obtuvo su autorización y apoyo para la realización del estudio. Se informó también a cada uno de los terapeutas, que aceptaron que los pacientes entrevistados por cada uno de ellos participaran.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra consta de 22 pacientes, 10 hombres y 12 mujeres, de edades comprendidas entre los 18 y 41 años y distribuidos uniformemente a lo largo de este rango; la edad promedio es de 28.8 años.

Seis de los pacientes tenían estudios de primaria (completa, excepto uno); seis más, estudios de secundaria; seis bachillerato, vocacional o escuela técnica; y cuatro, estudios profesionales (dos de ellos, completos).

Doce son solteros, siete casados, y tres divorciados.

Todos ellos residen en la ciudad de México, 8 en zonas cercanas a Tlalpan (en donde se localiza el hospital) y 14 en las zonas oriente o norte de la ciudad.

El diagnóstico que cada uno de ellos recibió después de elaborada la historia clínica se detalla en la tabla 1, junto con el tiempo de evolución de los síntomas.

No se obtuvo una información completa y confiable acerca del nivel de ingresos de los pacientes, por lo cual no fue posible incluirla entre las variables a considerar.

El primer contacto con el hospital

14 de los pacientes fueron entrevistados en Urgencias por un R 1, 4 por un R 2, y 4 por un R 3; en dos de estos últimos casos; se formuló el contrato terapéutico en Urgencias.

19 de los pacientes recibieron medicamentos en Urgencias. El tiempo promedio transcurrido entre la preconsulta en Urgencias y la primera cita en la Consulta Externa fué de 22 días. En 7 de los casos, el psiquiatra a cargo de la entrevista de preconsulta tuvo con el paciente, en Urgencias, una o más entrevistas adicionales, previas a la primera cita en la Consulta Externa.

La entrevista en la Consulta Externa

La entrevista en la Consulta Externa estuvo a cargo de un residente de tercer año en 19 de los casos, y de un residente de cuarto en los 3 restantes.

A continuación, se detallan las respuestas al cuestionario que llenaron los pacientes al terminar esta primera entrevista.

Pregunta 1. ¿Se le dió el tiempo suficiente para exponer su problema?

En todos los casos, la respuesta fué "sí".

Pregunta 2. ¿Se especificó quién sería el médico a cargo del tratamiento?

En dos de los casos, no se especificó a cargo de quién estaría el tratamiento. En un caso, se remitió al paciente a otro terapeuta. En los 19 casos restantes, se especificó que el tratamiento quedaría a cargo del psiquiatra entrevistante.

Pregunta 3. ¿Se calculó la duración del tratamiento?

En 7 de los casos, se fijó una fecha precisa de terminación. En 4 más se hizo un cálculo aproximado de la duración del tratamiento. Se aclaró que el tratamiento tendría una duración indefinida en 9 de los casos. En los 2 restantes, no se mencionó la duración del tratamiento.

Pregunta 4. ¿Se fijaron un día y hora constantes para las sesiones?

El día y hora de las sesiones se fijó en la primera entrevista en 9 de los casos, y se dejó indeterminada en los 13 restantes.

Pregunta 5. ¿Hubo una devolución de información al paciente?

Únicamente en un caso faltó la devolución de información al paciente.

La deserción

14 de los pacientes abandonaron el tratamiento. Esta cifra corresponde al 64.7 de la población.

12 de ellos (54.5% de la población) lo hicieron entre la 1a. y 3a. entrevistas, y 2 entre la 4a. y la 6a.

De los 11 primeros, 2 abandonaron la psicoterapia pero continuaron asistiendo a la consulta de Psiquiatría para tratamiento farmacológico.

De los 8 pacientes que no desertaron - 36.3% de la población- 7 completaron el período de seguimiento con 1 ó 2 sesiones terapéuticas por semana. En el caso restante, paciente y terapeuta decidieron la interrupción del tratamiento al finalizar la tercer sesión. Cinco de los ocho casos estuvieron bajo supervisión.

El número de deserciones por entrevista, así como el tiempo promedio transcurrido entre la preconsulta y la primera entrevista en Consulta Externa, se detallan en la tabla 2.

Análisis estadístico

En base a la presencia o ausencia de deserción, se dividió a la población en dos grupos. Para evaluar las diferencias entre ambos respecto a cada una de las variables auxiliares, se empleó la prueba de significación de Fisher-Yates en tablas de contingencia de 2×2 , que puede utilizarse en el caso de 2 muestras independientes (en este caso, el grupo de desertores y el de no desertores) cuando éstas son pequeñas y pertenecen a clases mutuamente excluyentes.

Se determinaron los niveles de significación de acuerdo a la Tabla de Valores Críticos para la prueba de Fisher (7).

A continuación, presento las tablas de contingencia para cada variable.

Sexo de los pacientes

	M.	F.
Desertores	6	8
No desertores	4	4

No hay diferencia

significativa.

Escolaridad

	Primaria	Media y Superior
Desertores	6	8
No desertores	0	8

Existe una diferencia significativa
a nivel de .05.

Estado civil

	Casados	No casados
Desertores	4	10
No desertores	3	5

No hay diferencia significativa.

Lugar de residencia

	Delegaciones vecinas	Del. lejanas
Desertores	5	9
No desertores	3	5

No hay diferencia significativa.

Tiempo de evolución de los síntomas

	Hasta 6 m.	Más de 6 m.
Desertores	-	14
No desertores	3	5

La diferencia es significativa
a nivel de .05.

Uso de medicamentos

	Sí	No
Desertores	12	2
No desertores	7	1

No hay diferencia significativa.

Entrevistas intermedias (posteriores a la preconsulta y
previas a la primera cita en la Consulta Externa)

	Sí	No
Desertores	3	11
No desertores	4	4

La diferencia no es significativa.

Grado del entrevistador a cargo de la preconsulta

	R1 - R 2	R3
Desertores	13	1
No desertores	5	3

La diferencia no es significativa.

Respuestas al cuestionario.

1. ¿Se le dió el tiempo suficiente para exponer su problema?

	Si	No
Desertores	14	
No desertores	8	

No existe diferencia.

2. ¿Se especificó quién sería el médico a cargo del tratamiento?

	él mismo	otro
Desertores	12	2
No desertores	7	1

La diferencia no es significativa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

3. ¿Se calculó la duración del tratamiento?

	Sí	No
Desertores	5	9
No desertores	6	2

La diferencia no es significativa.

4. ¿Se fijaron un día y hora constantes para las sesiones?

	Sí	No
Desertores	2	12
No desertores	7	1

La diferencia es significativa
a un nivel de .005.

5. ¿Hubo una devolución de información al paciente?

	Sí	No
Desertores	13	1
No desertores	8	-

No hay diferencia significativa.

Discusión

El porcentaje global de deserción entre los pacientes incluidos en este estudio es semejante al descrito por Luna (3). Sin embargo, la proporción de pacientes desertores que no prosiguieron más allá de la primera entrevista es menor: 43% de los pacientes de psicoterapia, contra 71% de los pacientes del estudio de Luna.

Esta diferencia puede deberse a los siguientes factores:

- La mayoría de los pacientes del estudio de Luna corresponden a la consulta de Psiquiatría, que proporciona tratamiento farmacológico con citas mensuales o bimestrales para seguimiento. En los pacientes en psicoterapia, el lapso entre una cita y la siguiente es generalmente de una semana, lo cual favorece una liga más estrecha entre el paciente y su terapeuta y puede contribuir a que la deserción tras la primer entrevista sea menor.

- La población estudiada por Luna incluye pacientes farmacodependientes y alcohólicos, grupo con el porcentaje de deserción más alto -90%- (3). No se incluyó a ningún paciente con estas características en el presente estudio.

Luna (3) encontró que los pacientes con estudios de nivel superior tienden a desertar más pronto. En cambio, en este estudio se encontró una diferencia significativa entre desertores y no desertores en cuanto a escolaridad: todos los pacientes que continuaron su psicoterapia tenían estudios de nivel medio o superior, mientras que el 43% de los desertores habían cursado únicamente la primaria. Si consideramos el nivel de escolaridad como directamente relacionado con el nivel socioeconómico, esta observación coincide con la de Lambert (5) que afirma que los pacientes de nivel socioeconómico bajo tienden a abandonar prematuramente la terapia.

Volviendo al estudio de Luna (3), hago notar que éste incluye a los pacientes de la consulta de Psiquiatría. Las divergencias entre el citado estudio y éste sugieren que ambos grupos de pacientes -los que asisten a psicoterapia y los que asisten a la consulta de Psiquiatría- se comportan en forma diferente en lo que a deserción se refiere.

La segunda diferencia significativa observada en el presente estudio entre desertores y no desertores es la referente al tiempo de evolución de los síntomas: todos los desertores habían tolerado sus síntomas durante más de 6 meses al acudir al hospital por primera vez.

Aunque no es por completo equiparable, este hallazgo va de acuerdo con la asociación observada por Vaslamatzis y Ververiotis (6) entre la adherencia al tratamiento psicoterapéutico y la existencia de una crisis. El pequeño tamaño de la población estudiada por nosotros no permite establecer relaciones entre diagnósticos y deserción.

Por último, se observó que, entre los ingredientes del contrato terapéutico, el más fuertemente relacionado con la deserción o permanencia del paciente en tratamiento fué el de la designación de un día de la semana y hora fijos para las sesiones. Unicamente 2 de los pacientes con los que se llegó a un acuerdo al respecto desertaron. Por otra parte, hay que hacer notar que, de acuerdo con las respuestas de los pacientes, fué éste, de entre los 5 aspectos explorados, el que con mayor frecuencia se omitió.

Conclusiones

se encontró, entre los pacientes que iniciaron psicoterapia en la Consulta Externa del H.F.B.A. en el período comprendido entre el 17/05 y el 15/07 de 1988, un porcentaje de deserción del 65%.

Del total de deserciones, el 43% ocurrieron después de la primer entrevista en la Consulta Externa.

Las diferencias significativas observadas entre desertores y no desertores son las siguientes:

1) Existe una diferencia significativa en cuanto a escolaridad: ninguno de los pacientes que contaba únicamente con estudios primarios permaneció en psicoterapia.

2) En cuanto al tiempo de evolución de los síntomas, se observó la ausencia, entre los desertores, de pacientes con padecimientos agudos o subagudos. Todos los pacientes con sintomatología de menos de 6 meses de evolución permanecieron en psicoterapia.

3) En cuanto a la formulación del contrato terapéutico, el aspecto en torno al cual se observaron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes fué el del acuerdo en cuanto a un día de la semana y hora fijos para las sesiones

psicoterapéuticas.

No se encontraron diferencias significativas entre desertores y no desertores en cuanto a sexo, edad, estado civil o lugar de residencia. Tampoco en cuanto a empleo de medicamentos, tiempo transcurrido entre la preconsulta y la primera entrevista en Consulta Externa, concesión de entrevistas intermedias, y grado de preparación de los psiquiatras entrevistadores.

No es posible, debido a que el diseño del estudio no lo permite, establecer relaciones causales en base a las observaciones descritas.

Tablas

Tabla 1. Sexo, edad y diagnóstico de los pacientes incluidos en el estudio.

1.	F	38 a	Neurosis depresiva
2.	F	18 a	Reacción de adaptación con rasgos depresivos.
3.	M	23 a	Neurosis depresiva (+)
4.	F	39 a	Trastorno por angustia
5.	M	18 a	Trastorno esquizoide de la personalidad
6.	F	30 a	Trastorno por angustia (+) (+)
7.	F	41 a	Trastorno por angustia con agorafobia (+)
8.	F	18 a	Epilepsia del temporal (crisis parciales complejas)
9.	M	21 a	Esquizofrenia paranoide
10.	F	34 a	Episodio depresivo mayor Personalidad pasivo-dependiente (+)
11.	M	32 a	Trastorno distímico Prob. trastorno narcisista de la personalidad
12.	M	40 a	Neurosis de ansiedad
13.	F	18 a	Neurosis de ansiedad
14.	M	28 a	Trastorno afectivo unipolar (&)
15.	M	23 a	Neurosis post-traumática
16.	F	32 a	Cefalea en estudio
17.	M	22 a	Reacción de adaptación con rasgos de ansiedad (+)
18.	F	33 a	Trastorno por angustia
19.	M	27 a	Trastorno esquizotípico de la personalidad

Tabla 1.

20.	F	40 a	Retardo mental superficial Adicción a benzodiacepinas (&)
21.	F	35 a	Probable trastorno limítrofe de la personalidad
22.	M	27 a	Trastorno por ansiedad generalizada (+)

Se utilizaron, en las historias clínicas, las categorías diagnósticas de la ICD 9 o del DSM III.

(&) Pacientes que desertaron de psicoterapia pero continuaron tratamiento farmacológico en la consulta de Psiquiatría.

(+) Pacientes que continuaron en psicoterapia durante el período de seguimiento.

Tiempo promedio transcurrido entre la entrevista en Urgencias y la primera entrevista en Consulta Externa:

Desertores 21 días

No desertores 22 días

Tabla 2.

Deserción por entrevista:

Entrevistas	Deserciones	% del total de deserciones
1	6	42.85%
2	3 (9)	64.28%
3	3 (12)	86 %
4 - 6	2 (14)	100 %

Bibliografía

1. BRAIER, Eduardo Alberto
Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.
Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1980
pp. 67 a 81.
2. FIORINI, Héctor J.
Teoría y técnica de psicoterapias
Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1987
pp. 63 a 81.
3. LUNA SORIA, Francisco.
Deserción de pacientes de la Consulta Externa del
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez",
Abril-Septiembre de 1986.
Tesis para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría,
U. N. A. M., 1987.
4. BELLAK, Leopold.
The Therapeutic Relationship in Brief Psychotherapy.
Am. J. Psychotherapy 33(4) 564-571, 1979.
5. LAMBERT, Michael J.
Characteristics of Patients and Their Relationship to
Outcome in Brief Psychotherapy.
The Psychiatric Clinics of North America, Vol 2 (1),
April 1979.

6. VASLAMATZIS, G.; VERVENIOTIS, S.
Early Dropouts in Brief Dynamic Psychotherapy
Psychother Psychosom 1985:44(4): 205-10
7. SIEGEL, Sidney.
Estadística no paramétrica.
Ed. Trillas, México, 1986
pp. 121-130 y 290-304.
8. CARPENTER, P.J.; DEL GAUDIO, A.C.; MORROW; G.R.
Dropouts and Terminators from a Community Mental Health
Center: Their Use of Other Psychiatric Services
Psychiatr Q 1979 Winter; 51(4):271-9
9. KATZ, H.M.; FRANK, I.U.P.A.; GUNDERSON J.G.
Psychotherapy of Schizophrenia. What happens to treatment
dropouts.
J Nerv Ment Dis 1984 Jun; 172(6):326-31.
10. PEKARIK G.
Improvement in clients who have given different reasons
for dropping out of treatment.
J Clin Psychol 1983 Nov; 39(6):909-13
11. PEKARIK G.
Follow-up adjustment of outpatient dropouts
Am J Orthopsychiatry 1983 Jul; 53(3):501-511
12. LAST, C.G.; THASE, M.E.; HERSEN, M.; BELLACK A. S.

12. (De página anterior)

LAST C. G. et al.

Patterns of attrition for psychosocial and pharmacologic treatments of depression.

J Clin Psychiatry 1985 Sep; 46(9):361-6

13. MENDEZ RAMIREZ, I., y cols.

El Protocolo de Investigación: Lineamientos para su elaboración y análisis.

Ed. Trillas, México, 1984