



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“ Argumentos expresados ante el seguimiento de un
comportamiento discontinuo en la terapia cognitivo
conductual de una institución pública ”**

TESIS

Para obtener el titulo de licenciada en psicología

Presenta:

Yhumy Mildred Simón Vega

Mtro. Samuel Bautista Peña

Mtra. Estela Pérez Vargas

Mtra. Claudia Rojas Carranco



Los Reyes Iztacala, Edo de México, agosto 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A mis papás, quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera, les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el sacrificio y desvelos puestos para que yo pudiera culminar este proceso, se merecen esto y mucho más. A mi segunda mamá Ofita, que siempre ha confiado en mí y me ha apoyado en cada momento, con su ayuda y consejos. A mi abuelita Nora, quien desde el cielo me ha guiado y le prometí este gran logro.

Los amo.

Agradecimientos

A mis papás Gonzalo Simón y Betty Vega, por su amor incondicional, tiempo, paciencia y comprensión; por siempre apoyarme, incluso cuando me he equivocado me han hecho saber que están para mí y que no estoy sola, gracias por los consejos, regaños y risas compartidas, gracias por estar en este logro tan esperado e importante en mi vida, es para ustedes, no lo hubiera logrado sin todo su apoyo, los amo mucho.

A mi hermana Yatzu, gracias por estar siempre presente, por todo el apoyo, siempre que lo solicite, me ayudo para poder sacar adelante proyectos, gracias por cada risa y ocurrencia.

A mis hermanos Yahir y Gael gracias por siempre estar y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa.

A mi mamá Ofe, quien con toda su sabiduría me ha enseñado a ser quien soy hoy, por su paciencia, consejos, por el amor que me da y todo el apoyo incondicional, gracias por cada risa, por cada momento vivido juntas, siempre sintiéndome apoyada y acompañada desde que era niña.

A mi abuelo Zena quien también es un aparte esencial de mi formación y de educación desde niña.

A mi novio Oscar, gracias por creer en mí y en mis cualidades, por acompañarme en este último proceso y estar en los momentos y noticias felices y difíciles, gracias por las palabras de aliento que me brindabas cuando más lo necesitaba. Por acompañarme y apoyarme en la culminación de esta meta tan anhelada y en todo lo que hago. Te amo

Y, por último, pero no menos importante. Gracias a una persona que apreció y admiró mucho, para usted: Mtro. Samuel, quien siempre con su paciencia y profesionalismo, me oriento, apoyo y motivo para lograr y cumplir esta meta y no rendirme; muchísimas gracias por todo.

Soy una persona muy afortunada por tenerlos en mi vida. Gracias por todo.

Resumen

La investigación ha demostrado que los procesos que se llevan en área de la psicología clínica son muy poco estudiados reportados en la actualidad y uno de los mayores problemas que en la práctica se presentan es que la asistencia a los procesos suele ser un tema con muchas variables como lo son que no se adhieren al tratamiento, que no quieren asistir, o que su proceso no es continua ya que existen muchas inasistencias por lo que si se planeta desde la teoría del enfoque cognitivo conductual que se debería de estar asistiendo a sesiones una vez a la semana; en la realidad es que esto no se vuelve algo utópico. Por lo cual en la presente tiene como objetivo identificar a través del seguimiento las razones que argumentan los usuarios en relación con su comportamiento discontinuo en asistencia, en una institución pública, en donde se realizaron llamadas telefónica para conocer los motivos por los cuales su asistencia a la institución no fuera de manera constante. Encontrando que existen múltiples factures los cuales hacen que una persona tome la decisión de no presentarse y uno de ellos es la parte económica ya que muchas personas dependen de otra en cuestión financiera para poder asistir a dicha institución, entre otras razón que en como la parte de percepción de una mejoría dándose ellos mismos de alta, por lo cual la toma de decisión ante un proceso que en muchas ocasiones las mismas personas no consideran tan indispensable ya que refieren sentirse bien hace que se presente esta fenómeno de discontinuidad en la terapia muchas ocasiones y haciendo que sea de mucha importancia por el impacto en el ejercer profesional de los psicólogos.

Índice

Introducción.....	6
1. Terapia cognitivo conductual.....	9
1.1. Que hacer terapéutico.....	15
2. Adherencia a la terapia.....	20
3. Abandono terapéutico.....	26
4. Discontinuidad en la terapia.....	30
5. Factores de las dificultades/ adversidades en el proceso terapéutico.....	31
5.1. Terapeuta.....	32
5.2. Institucionales.....	35
5.3. Económicos.....	37
5.4. Geográfica.....	38
5.5. Culturales.....	40
Método.....	44
Resultados.....	46
Conclusiones.....	56
Bibliografía.....	64
Anexos.....	72

Introducción

Las personas que acuden generalmente en busca de un proceso psicológico, es porque alguien les dijo que tenían un “problema”, por requisito de la escuela, detección de los padres de alguna situación, problemas de pareja por mencionar algunas. Y si somos realistas antes de asistir a terapia los usuarios realizan algunos intentos de solución con legos, por ejemplo, recurriendo con sus amigos, sacerdotes, pastores, brujos, médicos, etc., en ocasiones consiguiendo algún resultado desfavorable y por no obtener mejoría, son impulsados a buscar una nueva alternativa que sería la terapia psicológica.

El presente trabajo se dirige a abordar la historia de la terapia cognitivo conductual, la adherencia al tratamiento y la conducta discontinua en un proceso psicológico, mostrando los factores que influyen ante este fenómeno. Por lo cual, en el primer capítulo se abordará los antecedentes de la terapia con un enfoque cognitivo conductual que es un proceso activo, directivo y estructurado que se utiliza para tratar distintas problemáticas, por ejemplo: la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, entre otras. Esta terapia, está encaminada a que el terapeuta brinde al usuario las habilidades y/o herramientas necesarias para que sea capaz de identificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias; así como de actuar de manera más adaptativa y resolver o enfrentar situaciones que antes consideraba insuperables o disfuncionales para la persona (Cebolla y Miró, 2006); sin embargo, es importante conocer lo antes mencionado al inicio de un proceso psicológico, debido a que esta acción de tratar de solucionar las situaciones conflictivas con otras alternativas, ha provocado que el acudir a una atención psicológica quede en las últimas opciones para las personas..

Y durante la terapia puede que los usuarios asistan de manera constante teniendo un proceso sin interrupción, pero también existe la posibilidad de que decidan o tengan que posponer su proceso terapéutico e incluso abandonarlo.

Así que las conductas de deserción, rechazo al tratamiento, como la falta de seguimiento a las indicaciones del profesional en la atención terapéutica, son irregularidades en el tratamiento con pacientes que no cumplen las advertencias clínicas tal y como han sido indicadas, cometiendo errores y alterando el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas (Guerrero, 2016). Estas irregularidades en el ámbito de la psicología clínica podrían presentarse en el incumplimiento de las actividades o tareas acordadas, por falta de interés de la persona que recibe el tratamiento. Lo anterior se desarrollarán con mayor énfasis en los capítulos dos y tres, ya que este tema toma relevancia a nivel mundial debido a que el índice de abandono del proceso se encuentra entre un 25 y 50%, mientras que en México los usuarios asisten en promedio, a tres sesiones (Alcázar, 2007).

En el capítulo cuatro se abordará la discontinuidad de la terapia, la cual consiste en la interrupción intermitente del tratamiento por parte del paciente, sin acordarlo con el profesional responsable; que puede ser consecuencia de la percepción del paciente de no necesitar su continuidad, provocando con el tiempo el desinterés y por consiguiente el abandono definitivo a la terapia dejando de acudir a las citas y de contactar con el centro en el que se lleva a cabo el proceso (Berrigan y Gardfield, 1981; Cross y Warren, 1984; Sweet y Nones, 1989 citado en Guerrero, 2016).

Chen (1991, citado en Rondón, Otálora y Salamanca, 2009) señala que del 26 al 50% de los usuarios abandonan la atención psiquiátrica y psicológica después de la primera sesión y existe un gran abanico de factores que llegan a influir como podrían ser las cuestiones socioeconómicas, culturales, religiosas, y de otros ámbitos; estos se

desarrollarán en el capítulo cinco donde se observará que el mismo terapeuta puede estar influyendo favorablemente o todo lo contrario en el desarrollo del proceso terapéutico.

Por lo anterior, en esta investigación se expondrán los factores que se encontraron en los usuarios de una institución pública que ofrece atención psicológica dirigida a grupos vulnerables en el Estado de México y que mostraron una conducta discontinua en su proceso terapéutico.

1. Terapia cognitivo conductual.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo y estructurado que se utiliza para tratar distintas alteraciones, por ejemplo: la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, entre otras. Esta terapia, se encamina a que el terapeuta brinde al usuario las habilidades y/o herramientas necesarias para que sea capaz de identificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias; con la finalidad de que actúe de manera más adaptativa y resolver o enfrentar situaciones que antes consideraba insuperables o poco funcionales para la persona (Cebolla y Miró, 2006).

Para Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) en la Terapia Cognitivo Conductual se trabaja con las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas o disfuncionales para el usuario, las cuales tienen un origen aprendido, ya que, al ser practicadas a lo largo de tanto tiempo, se han convertido en conductas habituales en el repertorio comportamental de la persona. Sin embargo, estas no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos, por lo que en la terapia se parte del supuesto que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. Esto se logra por medio de técnicas y programas específicos diseñados para cada usuario en un tiempo corto, teniendo como característica módulos educativos, en donde se conceptualiza sobre lo que se realizará en la sesión y el objetivo, para poder tener una autoevaluación a lo largo de todo el proceso.

Así que la Terapia Cognitivo Conductual se rige por tres aspectos básicos: lo que hacemos, lo que pensamos y lo que decimos. Para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determina la cognición y el afecto, mientras que para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición (Mahoney, 1991 citado en Caro, 2007), por lo cual, la

terapia cognitivo conductual nos permite estudiar las contingencias que tienen las cogniciones respecto a la conducta observable.

Teniendo en cuenta que esta terapia tiene bases filosóficas de los Estoicos como es el caso del filósofo Epicteto quien destacaba que el papel de las cogniciones era la causa del trastorno emocional, ya que argumentaba que los hombres no se trastornan por los acontecimientos, sino por las opiniones que tienen de ellos (Feixas y Miró, 1993). También Emmanuel Kant quien propuso que la enfermedad mental se da cuando un individuo no puede ajustar su “sentido privado” que es la forma en cómo conceptualiza el mundo, al “sentido común” produciendo un desequilibrio. (Meinchenbaum, 1988).

Sin embargo, no solo los anteriormente mencionados fueron la única influencia en las bases de la terapia cognitivo conductual, también hay que tener en cuenta a los conductistas quienes con su postura positivista del Círculo de Viena, argumentaban que el conocimiento se tenía que explicar por medio de observaciones físicas las cuales debían de verificarse a través de esta misma, por lo que Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) mencionan que los fundamentos teóricos conductuales que fueron la base para la evolución de la TCC (Terapia Cognitivo Conductual) son:

La reflexología y el condicionamiento clásico, en esta etapa los fisiólogos rusos aplican su metodología la cual era mecanicista, siendo objetivos tanto en procesos subjetivos y en conductas observables, produciendo que con sus experimentos se diera un mayor énfasis al aprendizaje en relación con la explicación de la conducta, estableciendo la importancia del ambiente como factor importante de las conductas. Sechenov realizó trabajos de investigación sobre los reflejos quien plantea que la actividad psíquica está definida como mecanismos reflejos en conjunto con el ambiente, por lo que se le considera como precursor de la postura conductual; junto con Ivan P. Pavlov quien por medio de sus experimentos pretendía estudiar los reflejos y comprender la actividad cerebral y la

conducta, desembocando estas investigaciones a finales del siglo XIX, en lo que hoy conocemos como condicionamiento clásico, por otro lado Thorndike en los Estados Unidos también tiene influencia en la terapia conductual, ya que él con la ley del efecto en donde postulaba que las respuestas al ser el resultado de una situación satisfactoria tienen una asociación muy sólida, de tal manera que la probabilidad de ocurrencia incrementaba en la misma situación y de forma inmersa cuando algo era insatisfactorio para el ser humano, esta probabilidad de ocurrencia se veía debilitada y su frecuencia era menor, por lo cual ambos tienen un marco de referencia para el desarrollo de la Terapia Conductual (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En el siglo XX John B. Watson, se caracterizó por empezar a abordar la psicología como una disciplina puramente objetiva, en donde la finalidad era el estudio de la conducta manifiesta producida por las respuestas suscitadas por los estímulos (E-R), partiendo de la experimentación animal, siendo este método objetivo y con esto sustituyendo la introspección, dejando a un lado terminología que no describiera la conducta observable.

Otra de las personas más importantes en ese siglo es Burrhus F. Skinner quien al igual que Watson coloca a la conducta en el lugar central de estudio y en su libro "Análisis experimental de la conducta" que escribió Skinner junto con Linsley y Solomon en 1953, se utiliza por primera vez el término Terapia de Conducta, además de establecer los principios básicos del condicionamiento operante y las variables que contribuyen a él, desarrollando una metodología sobre el estudio de la conducta, el cual tenía como objetivo explicar, predecir y modificar el comportamiento, de ahí que se empezó a potencializar la Terapia de conducta en los Estados Unidos, ya que se posibilitó el abordaje de problemas relevantes en la sociedad por medio de la conceptualización de la relación estímulo-respuesta-consecuencia, pudiendo llevar este esquema a diferentes contextos, como lo era el aula, hospitales, hogar, etc. Y actualmente, las técnicas que se usan en esta etapa, se llegan a

utilizar en la TCC (Terapia Cognitivo Conductual) además de ser muy útiles en el ámbito educativo y en la educación especial (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Sus inicios de la terapia conductual, entonces, fueron por el interés de las conductas desadaptadas, por lo que las bases teóricas y metodológicas al darles un enfoque para el tratamiento de diferentes problemas clínicos, por ejemplo, O'Donohue (1998) ha resumido la evolución de la terapia de la conducta por medio de generaciones que desencadenan en la Terapia cognitivo conductual y a continuación se mencionan.

En la primera generación los terapeutas de la conducta parten de las teorías del aprendizaje y el análisis conductual aplicado y el terapeuta, de acuerdo con las investigaciones de la época con resolución a los problemas clínicos, tenían como premisa que la conducta anormal o normal se llegaba a mantener por los principios del aprendizaje.

En la segunda generación los terapeutas consideran que los principios del aprendizaje explican de manera muy limitada el comportamiento humano, ellos empiezan a considerar lo cognitivo y lo social para dar respuesta a las demandas que en el área clínica estaban emergiendo y tomar en cuenta las emociones y la memoria entre otras. Bandura a través de sus trabajos con el aprendizaje social da una gran contribución y rompe esquemas, ya que aborda el determinismo recíproco en donde la influencia bilateral entre el comportamiento y el medio, influyen en los procesos cognitivos de la persona; menciona que la expectativa que se tienen sobre sí mismo el sujeto y sus juicios impactan en su capacidad para realizar cambios en su conducta. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

El término cognición dentro de la terapia ya estaba presente con el uso de las representaciones mentales que hacían referencia a la imaginación para enfrentarse a situaciones temidas en la desensibilización sistemática; posteriormente con el modelo E-O-R que introducía variables internas, no se les llamaba cognición sino que se les denominaba conductas encubiertas, por lo que hasta los años 70 autores procedentes del

ámbito clínico empiezan a darle mayor importancia a los elementos cognitivos, planteándose que tienen injerencia en la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Ruiz, 1989).

Por lo que el enfoque cognitivo y lo que se conoce como terapia cognitiva empiezan a tener su auge y su mayor difusión después de la publicación de Mahoney (1947) con su libro denominado *Cognition and behavior modification*, el cual posteriormente en el año de 1976 crea la revista *Cognitive Therapy and Research*; otro representante es Meichenbaum con su publicación llamada *Cognitive- behavior modification* y finalmente Franjes y Wilson en 1976 designan a este año como “el año de la cognición”.

Dentro del enfoque cognitivo existe una clasificación propuesta por Mahoney y Arnkoff (1978), en donde realiza una división de las terapias que se pueden abordar en el área clínica, las cuales en su momento él las denominó técnicas, pero en la actualidad se le identifican como terapias, las cuales son:

- Reestructuración cognitiva: se centra en la identificación y modificación de la cognición, es decir, se enfoca en las creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalización negativas, los cuales están manteniendo o determinando la conducta problema; aquí se le enseña al usuario a analizar la racionalidad de los pensamientos o creencias, para después enseñarle por medio de diversas técnicas a que este pensamiento distorsionado pueda ser funcional para la vida del usuario; dentro de esta categoría las terapias que son las más representativas son: la terapia racional emotiva de Ellis (1962), la terapia cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) o el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971).

Resaltando que A.T. Beck y A. Ellis, son hasta hoy en día los terapeutas más emblemáticos del enfoque cognitivo conductual. Beck reconoce la utilidad de la terapia

de la conducta para la depresión, además de que propone que los pensamientos desadaptativos respecto de uno mismo, del mundo y del futuro (la llamada tríada cognitiva) inducen distorsiones cognitivas que generan sentimientos negativos (Zaldivar, 2013). En el caso de Ellis, también incluye procedimientos conductuales y de hecho este le da un protagonismo a lo conductual, ya que denomina a su terapia como Terapia racional emotivo-conductual (Lega, Caballo y Ellis, 2009); en ella propone que la emoción y la conducta son producto de la forma en que se interpreta lo que sucede, más que de lo que suceda en sí o del acontecimiento per se, por lo que su modelo se desarrolla de los sucesos activadores (A, activating events) para después valorar las creencias (B, beliefs), y lo que genera las consecuencias emocionales (C, consequences), por lo cual las creencias pueden ser racionales o irracionales, y las creencias irracionales tienden a suscitar y perpetuar los estados emocionales negativos. (Stallard, 2001).

- Manejo de situaciones: aquí se le enseñan habilidades a los usuarios para que este pueda afrontar de manera funcional diversas situaciones que le estén causando alguna problemática en su vida como el estrés o el dolor. En este tipo de terapia podemos mencionar a Meichenbaum con su entrenamiento en inoculación de estrés, en donde por medio del entrenamiento de autoinstrucciones y otras técnicas cognitivas y conductuales (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

- Solución de problemas: en ella el principal objetivo es que las personas puedan abordar los problemas desde otro panorama, brindándoles herramientas sistemáticas para la resolución de estas. Quien empezó a abordar este tema fue D'Zurilla y Goldfried en 1971 con su publicación llamada Terapia de Solución de Problemas; posteriormente, D'Zurilla y Nezu en 1982 renombró a la Terapia de Solución de Problemas Sociales y la ciencia Personal de Mahoney en 1974.

Existen otro tipo de terapias que se llevan a cabo dentro del enfoque cognitivo conductual, y en todas ellas el objetivo del proceso terapéutico es corregir el procesamiento distorsionado de la información, así como las creencias y supuestos desadaptativos que mantienen nuestras conductas, emociones y enseñándole al usuario conductas adaptativas para su entorno, así que también a lo largo de toda la intervención cognitivo conductual se trabaja en conjunto con una psico-educación para el usuario.

1.1. Que hacer terapéutico.

El terapeuta tiene la función de actuar como un entrenador, ya que junto con el usuario desarrollan y fomentan habilidades intra e interpersonales necesarias para enfrentar situaciones disfuncionales para el usuario. Una de las características de los terapeutas es preparar a cada usuario para diversos escenarios en los que se puede presentar siendo consciente de que no es un proceso lineal y que existen dificultades las cuales se puede presentar a lo largo de su proceso y vida diaria; Rivadeneira, Minici y Dahab (2017) mencionan que el rol del terapeuta es que el paciente no solo efectúe las conductas funcionales durante sesión, sino que realice estas conductas por fuera del ámbito de las consultas, por ello los terapeutas cognitivo conductuales asignan las tareas, con las indicaciones precisas para así favorecer un aprendizaje de sus habilidades e ir alcanzando y mantener los objetivos del proceso terapéutico deseados.

Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernandez (2002) en relación a lo anterior también mencionan que el especialista busca la eliminación del sufrimiento de la persona o enseñarle habilidades más adecuadas para poder enfrentar los diversos problemas en los que el usuario puede vivir, sin embargo también agrega que se debe a lo largo del proceso terapéutico la escucha con atención al usuario, así como también buscar

aspectos personales, sociales y familiares, etc., que son los que también influyen en el problema así como también infórmale que por medio de técnicas podemos hacer frente a los conflictos.

En el caso de Ellis (1981; Ellis y Grieger 1990 citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012) menciona que el terapeuta debe tener un estilo y actitud para llevar a cabo la terapia los cuales son:

- Ser activo y directivo: esto se lleva a cabo especialmente con los usuarios que llegan al proceso con resistencias o que cuentan con un gran trastorno emocional como lo puede ser la depresión, ante esto menciona Ellis que es el desencadenante que le ayuda a modificar las ideas irracionales y por ende los comportamientos disfuncionales por lo que necesita ser activo y directivo el terapeuta para poder confrontar su núcleo muy arraigado ya que por la tendencia repetir ha sido uno de los factores más influyentes en es las creencias que tenemos.
- Activo en cuestiones verbales: sin dejar de lado la participación del usuario, ya que para Ellis la parte central de la terapia es la discusión y el debate, por lo que el terapeuta debe estar realizando continuamente diferentes preguntas para cuestionar los pensamientos y hacer que las personas se cuestionen de aquellas creencias que propician la base de la situación problemática.
- Ser didáctico y tener un rol de facilitador del aprendizaje ya que debemos utilizar un lenguaje claro y de acuerdo con cada uno de los usuarios, donde el terapeuta se puede ayudar de libros, actividades, materiales multimedia que nos ayuden a que comprenda los fundamentos de la terapia, y así ser su propio terapeuta después y poder comprometerse en su tratamiento.

- Promover los cambios de la filosofía de vida, aquí el terapeuta debe hacerle ver al usuario las cosas positivas que se van a tener con el cambio, propiciar una vida más saludable y funcional para él y su entorno.
- La catarsis es algo que no se realizará, ya que Ellis considera que la efectividad de esta técnica es muy limitada, aunque pueda que en el momento funcione a largo plazo puede tener efectos colaterales no deseables para la terapia, pues puede reforzar las ideas irracionales reafirmando más éstas y haciendo que la base del problema se agudice.
- Los y las terapeutas deben ser flexibles y no caer en absolutos, siempre y cuando no salgamos de las bases de la terapia, teniendo en cuenta las características del usuario y del propio terapeuta favoreciendo la relación entre ambos. Por ejemplo, en este sentido el mismo Ellis y Dryden (1989) mencionan que, aunque no se tiene una evidencia empírica, es factible tener un estilo directivo con usuarios que tengan conductas dependientes, un estilo activo cuando sean pasivas, tener un estilo intelectual o racional para personas obsesivas y ser amigables o emotivos con personas histéricas.
- Bajo la terapia de Ellis el terapeuta tiene un sentido del humor, en donde utiliza mucho la ironía y la broma siendo una característica; teniendo muy presente que se utiliza el sentido del humor para resaltar algo concreto del cliente, nunca para reírse de él.

Blackburn y Davidson (1990) mencionan que las habilidades fundamentales que una terapeuta cognitivo debe de desarrollar y ejecutar son: las habilidades generales como lo es el tener el conocimiento de la psicopatología, tener habilidades de entrevista, ser empático, genuino y cálido; por otro lado mencionan que también el terapeuta debe de tener habilidades específicas como tener el conocimiento del enfoque cognitivo conductual,

así como sus diferentes terapias, debe de ser colaborativo, tener educación y cortesía, poseer la habilidad para escuchar, profesionalismo, flexibilidad y humor; algo que como anteriormente Ellis también los consideraba en la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual).

Así que si tomamos de punto de partida las terapias cognitivas el proceso terapéutico se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. Por lo que el terapeuta busca, por medio de diversas técnicas, realizar un cambio cognitivo (pensamiento y sistema de creencias) del usuario para conseguir, a partir de allí, una modificación duradera de sus emociones y comportamientos, por lo que el terapeuta comienza por conocer las dificultades del usuario desde donde comienza el conflicto, identificando su pensamiento presente y sus comportamientos problemáticos, para después discriminar los estímulos que desencadenan los pensamientos o conductas disfuncionales y así poder formular una hipótesis acerca del conflicto del usuario; la base de esta formulación es por medio de los datos que se obtienen a través de una entrevista. En la terapia para que el usuarios se sienta en un contexto propicio y con la confianza de expresar lo que le sucede, la alianza terapéutica es fundamental, para poder trabajar a lo largo del proceso en equipo, con una participación activa y siempre teniendo en cuenta el terapeuta los objetivos de la terapia, enseñándole al paciente a ser su propio terapeuta, ya que el terapeuta ayuda a los usuarios a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar contingentemente, todo esto es un proceso que se alcanza por las técnicas que el terapeuta programe dentro de su intervención para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta, teniendo cuidado en la prevención de las recaídas (Beck, 2006).

Por lo anterior, a lo largo del proceso el terapeuta va dejando tareas que el paciente debe aprender a hacer progresivamente, así que los terapeutas planifican cada una de

estas actividades de menor dificultad para el usuario e ir incrementando su complejidad, siendo claros y teniendo lógica con los objetivos planteados al inicio de la planeación, se puede llevar a cabo un ensayo o presentarle un ejemplo al usuario para que se le facilite el aprendizaje y pueda ejecutar la tarea de una forma asertiva y funcional, teniendo la base de por qué lo hace y para qué hace la tarea que se le está pidiendo realizar, y así pueda comprender la importancia de los ejercicios. (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Dattilio y Freeman, 2000; Dawson, 1991; Leahy, 2001 citado en Caro, 2007)

También se debe de tomar en cuenta que para que se desarrolle la terapia desde cualquier perspectiva psicológica, existen algunas situaciones que, si bien puede influir el terapeuta, también en gran medida es el usuario, quien como ser autónomo toma sus decisiones y puede que no tenga una adherencia al proceso, propiciando que se pueda dar una discontinuidad en la asistencia de sus sesiones; este fenómeno se puede dar por varios factores que influyen para desencadenar un abandono de la terapia. Es por ello por lo que, es muy importante detectar y diferenciar cuando existe una baja adherencia al tratamiento, una conducta discontinua o un abandono terapéutico

2. Adherencia a la terapia

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como el grado en el cual la conducta de un paciente, en correspondencia con la administración del medicamento, el seguimiento de un régimen alimenticio o la modificación de hábitos de cada persona en su vida, se relaciona con las acciones recomendadas y acordadas de ambas partes, del paciente con el profesional y esta definición se basa en la propuesta por Haynes (1976 citado por Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009) requiriendo del consentimiento por parte del paciente con las recomendaciones recibidas, y teniendo una participación activa en la toma de decisiones entre el profesional y el paciente.

En 1985 se llevó a cabo una publicación en México haciendo referencia a este tema, poniendo sobre la mesa algunos elementos importantes que en ese entonces teníamos que poner mayor énfasis para poder llevar a cabo una adecuada adherencia. Puente (1985) menciona que hablar de adherencia terapéutica, es hacer referencia al proceso por el cual el paciente lleva a cabo de forma adecuada las indicaciones que le dio el terapeuta, cumpliendo cabalmente con las indicaciones recibidas; por el contrario, la falta de adherencia se da cuando no hay un seguimiento a alguna situación, a los ejercicios o indicaciones que se le dijeron para el mejoramiento de su situación. En el caso de Martín y Grau (2004 citado en Moreno, Rozo y Cantor, 2012), mencionan que se denomina adhesión terapéutica a una conducta activa y de manera deliberada por parte del usuario, en el proceso a seguir aceptado por las partes involucradas, con el fin de alcanzar el objetivo terapéutico.

Dentro de la adherencia terapéutica existen varios factores que inciden y pueden ser factores que influyen como lo son las situaciones personales, el sistema de salud, la

propia enfermedad o el tratamiento, además de que se menciona que los factores personales, al igual que las variables de motivación, el desconocimiento y tener una baja autoestima o depresión son factores que están estrechamente relacionados con la adherencia. Por otro lado, también se plantea la relación que existe entre el tratamiento y la adherencia ya que se menciona que, a mayor complejidad del tratamiento, menor adherencia terapéutica (Ortiz y Ortiz, 2007).

Y como expresa Pinilla (2011) lograr una conducta adherente del paciente al tratamiento terapéuticos, es un trabajo en conjunto por parte del médico, como también de las enfermeras y demás profesional que estén trabajando en conjunto con el usuario, permitiendo no solo el alivio de los síntomas, sino también proporcionándole calidad de vida, habilidades sobre el cuidado personal, la incorporación o reincorporación de una situación económicamente activa, junto con la calidad de sus relaciones consigo mismo y con los que lo rodean, sumándole que si el paciente se adhiere la probabilidad de recaídas es menor, evitando hospitalizaciones y costos socioeconómicos.

Por otro lado, Jo y Almao (2002) mencionan que otro factor para que una persona se adhiera al tratamiento es la motivación individual de cada usuario ya que es sumamente importante para el proceso terapéutico, por el hecho de que, si la persona acude por decisión propia, tienden a tener más adherencia a su tratamiento en cambio de los que acuden por iniciativa de los familiares o instituciones que lo sugieren, el fenómeno de adherencia a su tratamiento es menor.

Existe una clasificación en la cual los autores Ibarra y Morillo (2017) mencionan que se debe de distinguir dentro de la adherencia el incumplimiento parcial, el cual hace referencia que la persona se adhiere a su tratamiento en algunos momentos; el incumplimiento esporádico donde se cumple con lo indicado de forma ocasional, por ejemplo esto pasa con mayor frecuencia en las personas de la tercera edad ya que en

ocasiones ellos se olvidan de algunas tomas o las dosis no son como se indicaron o en enfermedades las cuales implican realizar un cambio en el estilo de vida de las personas, como son situaciones de dieta o realización de ejercicio; el incumplimiento secuencial, en donde los pacientes dejan el tratamiento por un tiempo prolongado ya que se encuentran bien, pero regresa a su proceso cuando vuelven a presentarse los síntomas; cumplimiento de bata blanca, en donde el paciente se adhiere a su tratamiento solo cuando se acerca una visita al médico; incumplimiento completo, en donde se presenta el abandono del tratamiento de forma definitiva, esto se llega a presentar más en jóvenes en donde los beneficios se dan a largo plazo. Por lo cual la falta de adherencia tiene muchas consecuencias clínicas, económicas y sociales los cuales tienen una repercusión importante. Ya que los incumplimientos antes mencionados llegan a afectar la efectividad de los tratamientos y con ello la probabilidad de tener éxito terapéutico y que en ocasiones pueda llegar a tener un aumento en la dosis o cambiar el tratamiento, sin embargo, hay que tener en cuenta que ante un fracaso terapéutico se debe de indagar en relación con los factores de la adherencia y con ello evitar la prescripción de más fármacos sin revisar antes. Por esto es por lo que es importante el fenómeno de baja adherencia es una situación alarmante ya que representan un aumento en el costo del tratamiento por el hecho de que se presenta incrementos en urgencias, hospitalizaciones, exámenes, análisis de laboratorio o utilización de otros medicamentos aumentando los costos del sistema sanitarios.

Una de las formas de intervención ante este fenómeno son las educativas en donde el personal de la institución debe de proporcionar la información adaptada a cada paciente, utilizando un lenguaje claro y fácil de entender, donde la persona comprenda y conozca que tiene que hacer, tomar, como y cuando, despejando todas sus dudas, teniendo en cuenta que se debe informar no solo de la medicación a tomar, sino también información de la misma enfermedad y que el paciente tenga conocimiento de los problemas que se

originan el incumplimiento de su tratamiento y también los beneficios que se tienen al seguir las indicaciones (Ibarra y Morillo, 2017)

Si observamos lo antes mencionado, hablamos mucho de enfermedades y el sector público se ha preocupado en demasía, a este fenómeno, ya que diversos autores han reportado las tasas de adhesión al tratamiento en enfermedades crónicas, sus tasas resultan ser bajas en el caso de la diabetes va de 36 a 87%, en la hipertensión de 33 a 84%, cáncer (tratamientos orales) de 20%, de VIH/SIDA (triple terapia) de 70 a 80%. Por lo cual la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido al impacto negativo que desemboca en fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y un aumento considerable en los costos a nivel institución y sumando las pérdidas a nivel personal, familiar y social es una situación que a nivel salud pública preocupa y le dan mucho peso (Gimeno, Barrio, Alvarez, 2018).

En la diversos estudios que se realizaron mencionan que, por lo general, las investigaciones que se han hecho van relacionados a enfermedades, puntualizando en la exploración de la adherencia al tratamiento y se han encontrado cinco factores implicados en este proceso, algunos hacen referencia a los mismos pacientes, enfermedades que padecen, el tratamiento de la enfermedad, la institución en la cual lleva su seguimiento y la relación terapeuta-consultante; por lo cual, los factores asociados con los pacientes van desde las características del individuo, ya que pueden presentar alguna discapacidad física, mental o sensorial, expectativas y distorsiones sobre la enfermedad y el tratamiento, así como, las creencias socioculturales sobre la salud y los factores emocionales. De igual manera, las características propias de la enfermedad y sus síntomas, manifiestos o no, la cronicidad y severidad. Así mismo, el manejo que se dé a la enfermedad, la complejidad del régimen, los efectos secundarios de la medicación y las variaciones que se puedan

presentar en el comportamiento, determinarán la adherencia al mismo. (Meichenbaum y Turk, 1991, Vinaccia, 2006 citado en Moreno, Rozo y Cantor, 2012).

Ibarra y Morillo (2017) menciona que existe estudios los cuales muestran que existe una tendencia de baja adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psiquiátricos o psicológicos, por lo cual se ha asociado a que en la depresión o la ansiedad se presenta una baja adherencia, o que la presencia de problemas cognitivos como es el alzhéimer también aumenta la probabilidad de no adherirse al tratamiento; ante esto, los autores mencionan que por lo regular la mayoría de la pacientes llegan a presentar dificultades para adherirse a lo indicado por médico, cuando se tratan de cambios de su autocuidado.

Por lo anterior, es importante que ante estos padecimientos se tenga muy presente el entorno del paciente, como la actitud de la familia, la supervisión y apoyo familiar, y considerar el trabajo multidisciplinario en donde se tenga presente la intervención psiquiátrica y psicológica para reforzar la adherencia y poder abordar a la par las dificultades emociones y la motivación para realizar el tratamiento indicado.

Prueba de ello Ginarte (2001) también menciona que los factores psicosociales como los son las creencias, actitudes, el locus de control y el apoyo social son muy importantes para adherirse, al igual que está relacionada con situaciones las cuales podrían ser la motivación para su propia salud, que van mucho de la mano de lo que cada persona individualmente experimenta como riesgo o vulnerabilidad percibida, la autoeficacia y la utilidad del seguimiento de indicaciones, es por ello que se han planteado diferentes formas de incrementar la adherencia desde la institución, ya que se debe de preparar a los profesionales de salud para desarrollar habilidades de comunicación asertiva y ser empáticos, simplificando los regímenes terapéuticos proporcionándoles la dosis, el horario exacto, y explicándoles el para que funciona cada uno de los medicamentos corroborando que se comprendió la información. Otro de los puntos que se debería de

tener en cuenta es programar las visitas del paciente y creando contratos conductuales; todo esto con el fin de que las personas tenga un conducta adherente a su tratamiento en cualquier área de la salud ya sea médica o psicológica, ya que es muy importante no solo desde el ámbito económico sino también del propio usuario el cual tendrá cambios en su estilo de vida sólidos y perdurables para llevar a cabo todo esto en su vida diaria después de haber concluido su proceso y no cayendo en el fenómeno que le vamos a desarrollar a continuación, el abandono del proceso terapéutico.

3. Abandono terapéutico

Mahoney (1991) menciona que el abandono del proceso terapéutico es la interrupción de este durante el desarrollo formal del mismo, sin previo aviso, provocando “una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos” (Gavino y Godoy, 1993). En este caso el paciente no quiere ni siquiera iniciar un tratamiento, rechazando todo tipo de indicación o ayuda por parte del profesional. Hay autores que no consideran el rechazo al tratamiento como abandono terapéutico (Freire, 1990), ya que ni siquiera se ha comenzado la terapia.

A nivel mundial el índice de abandono del proceso terapéutico se encuentra entre un 25 y 50%, mientras que en México los usuarios asisten en promedio a tres sesiones; sin embargo, hay que tener muy presente que tres sesiones, son insuficientes para que el usuario obtenga un beneficio significativo, ya que si tomamos en consideración que dentro de la terapia cognitiva conductual, un aproximado del número de sesiones con las cuales se puede llegar a alcanzar los objetivos, es de 12 a 15 sesiones, solo con tres no existe una modificación funcional para el usuario (Alcázar, 2007).

Chen (1991, citado en Rondón, Otálora y Salamanca, 2009) señala que del 26 al 50% de los usuarios abandonan la atención psiquiátrica y psicológica después de la primera sesión y los factores identificados que influyen en el abandono del proceso terapéutico puede ser, por el terapeuta con su capacidad y personalidad (García y Rodríguez, 2005); la institución al tener un bajo acceso a citas, cambios constantes de terapeuta, falta de infraestructura y cupo; hasta el propio usuario y sus situaciones específicas como la distancia de su hogar a la clínica, ausencia de seguro médico, problemas académicos, económicos y laborales, desintegración familiar, escaso apoyo social por parte de sus redes o falta de tiempo (Alcázar, 2007 y Jo y Almaso, 2002).

Teniendo en cuenta a Ryan y Deci (2000 citado en Vellisca, Latorre, Orejudo, Barrio, Moreno y Esquiva, 2016) quienes mencionan que la voluntad y la autodeterminación de las personas son factores muy influyentes en la motivación, en la presión externa, así como los comentarios o decisiones tomadas por otras personas las cuales impactan de una manera negativa haciendo que no favorezcan y que lleguen al abandono del tratamiento. Por lo tanto, la percepción de autonomía y la voluntad del paciente impactan en la permanencia y en el cambio terapéutico, cuando los usuarios son totalmente responsables desde la toma de decisiones, comenzando por su inicio, en el seguimiento y permanencia, siendo esto menos probable que se abandone y entonces tiene un impacto en que se realicen los procesos terapéuticos con mayor facilidad, en comparación a los que asisten por que se sienten obligados a hacerlo.

Ante esto Walitzer (citado en Silvert 2009) menciona que el abandono terapéutico es sumamente alto, ya que en problemáticas de adicciones se presenta entre un 20 a un 57% el fenómeno de no regresar con el terapeuta después de la primera sesión y un 31 a 56% no asisten más de 4 sesiones, en esta investigación menciona el autor que se ha estudiado muchos factores que influyen en el abandono de la terapia como son socioculturales, la economía, entre otros; sin embargo, se han visto que también existe una relación entre el mismo individuo y el terapeuta, como podría ser la motivación que el mismo paciente tenga al cambio y que esto impacte en la determinación del cumplimiento de la terapia, teniendo una adherencia.

Gavino y Godoy (1993) y Porcel (2005) consideran las siguientes causas que son factores influyentes para que se suscite el abandono de la psicoterapia como es que el motivo de consulta inicial ya no les preocupa, tener consejo o acercamiento con otro psicólogo con un enfoque teórico diferente, cambio de ciudad del usuario, desmotivación

por la terapia, incumplimiento o poca claridad de instrucciones, tardanza en alcanzar los objetivos, negación a tocar algunos temas, falta de rapport con el terapeuta o cambio de ciudad del terapeuta. Por lo tanto, el abandono del proceso terapéutico es un problema común en la atención terapéutica (Rondón, Otálora, y Salamanca, 2009).

En Colombia se han realizado dos aproximaciones referentes al tema de abandono terapéutico, una se llevó a cabo por el Grupo de Investigación de Clínica y Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia de la ciudad de Tunja por Rondón. Otálora y Salamanca (2009 citado en Moreno, Rozo y Cantor, 2012) encontraron una correlación clara entre las variables de sexo, nivel educativo y social y el abandono terapéutico; sin embargo, se encontró que existe una mayor probabilidad de abandono terapéutico con usuarios que son menores de edad y que dependen de los adultos. En la otra investigación, realizada por Crujiño, Monsalve y Zambrano (2010 2009 citado en Moreno, Rozo y Cantor, 2012), en el Centro de Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz, igualmente se repitió el fenómeno anterior en donde los datos sociodemográficos no fueron significativos, así como tampoco los aspectos administrativos y las características de personalidad de los usuarios que asistieron a un proceso psicológico durante el periodo comprendido entre los años 2004 y 2010, sin embargo, algo que se debe de destacar en este estudio es que encontraron diferencias significativas entre los usuarios que cumplían y abandonaron su proceso, cuando se empezaron a cumplirse sus expectativas, el logro de los objetivos terapéuticos y el cumplimiento de tareas; asimismo clarificó la importancia de estudiar la movilidad o desplazamiento de los pacientes desde el lugar de trabajo o vivienda hasta el centro de atención, dado que es posible que cada localidad con sus particularidades en el tránsito influyan en el cumplimiento o abandono terapéutico.

Teniendo en cuenta que para Muñoz (2004) refiere que el periodo para considerar el fenómeno de abandono del tratamiento es de 6 meses desde que se dejó de asistir a la última cita, sin que el halla requerido de nuevo el proceso; si no se tendría que considerar en que existe una conducta de discontinuidad, no llegando al abandono; sin embargo, existen otros autores los cuales acotan el tiempo a dos meses para considerar que alguien ha abandonado el tratamiento (Roberts, 1985 citado en Muñoz 2004).

4. Discontinuidad en la terapia

La discontinuidad consiste en la interrupción del tratamiento por parte del paciente sin acordarlo con el profesional que está tratando su caso, que en ocasiones es por la consecuencia de sus pensamientos del usuario acerca de la falta de necesidad de continuar, o el poco compromiso que hace que su asistencia a la terapia sea cuando él lo cree necesario y que desencadena el abandono de la terapia (Berrigan y Gardfield, 1981; Cross y Warren, 1984; Sweet y Nones, 1989 citado en Guerrero. 2016).

Para R. Medori (2007 citado en Sirvent, 2009) menciona que la discontinuidad en la terapia es un factor que se debe tener mucho en cuenta ya que en ocasiones cuando se lleva un tratamiento y se tiene la conducta de no asistir de manera regular a las sesiones se está más propenso a que se sufra una fuerte recaída, por lo cual la conducta de discontinuidad multiplica el riesgo de recaída por cinco. Por este hecho el cumplimiento intermitente del tratamiento también se asocia a recaídas.

Y si sumado a esto le agregamos la posibilidad de que en las instituciones públicas, donde se ofrece el servicio de psicología, tiende a una discontinuidad del cuidado, la cual impacta en el proceso terapéutico, junto con el tiempo de espera, el intervalo entre las sesiones, ya que en ocasiones estas son muy espaciadas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del mismo personal y la accesibilidad al ingreso del servicio, pues en ocasiones ponen muchos requisitos para que se les brinde la terapia. (Meichenbaum y Turk, 1991 citado en Moreno, Rozo y Cantor, 2012) y todo esto desmotiva al usuario.

Explicado lo anterior, considero que es muy importante tener presente este fenómeno en psicología dentro del área clínica, junto con los variables que pueden estar influyendo para que se presente esta conducta, con la finalidad de poder abordar estas variables antes que se presente como tal el abandono de los procesos psicológicos.

5. Factores de las dificultades/ adversidades en el proceso terapéutico

Dhab, Rivadeneira y Minici (2007) mencionan que existen demasiados mitos alrededor de la terapia cognitivo conductual, como por ejemplo se especula que no se le otorga importancia a la relación usuario-terapeuta, ya que no se le considera los aspectos afectivos que están presentes, aunque esto ya lo desarrollamos en el primer capítulo y podemos observar que los aspectos emocionales, contextuales, fisiológicos, son tomados en cuenta dentro del proceso terapéutico desde este enfoque.

Pero no solo existe esta postura, otro autor como Rodríguez (2004) quien nos plantea una perspectiva que en los Estados Unidos quieren llegar alcanzar y que es un “procedimiento ideal” pero al mismo tiempo se crean muchas preguntas en relación a este objetivo ya que dejan de lado la individualidad de cada persona, dejando en segundo término la participación del mismo ejercer psicológico; por otro lado Vallejo (2017) desde su perspectiva cree que hay tres factores que interfieren en los procesos psicológicos el menciona que uno son las instituciones, los psicoterapeutas y los consultantes o usuarios y que es importante identificar que estos tres estarán relacionados de manera diferente dependiendo de cada caso, jamás pensándose de manera aislada cuando se analiza un proceso psicoterapéutico. (Figura 1)

Figura 1

Factores que complejizan los procesos psicoterapéuticos.



Sin embargo, se encontraron la literatura que no solo estos factores influyen en la práctica de la psicología clínica, por lo cual a continuación, vamos a desarrollar los demás factores

5.1. Terapeuta

La alianza terapéutica se compone de la relación entre el cliente y el terapeuta, en donde se crea un vínculo entre ambas partes, y de la capacidad que tienen para trabajar en conjunto en el logro de los objetivos planteados a alcanzar con el proceso terapéutico y que éste se concluya. (Corbella y Botella, 2003).

Por ello, una variable muy importante dentro del proceso es el mismo terapeuta. En ocasiones la relación terapeuta-usuario es un factor influyente para que la terapia no se desarrolle de manera funcional. Una de las razones podría ser que el terapeuta donde la persona agendo su cita no cumple sus expectativas, es por ello por lo que la primera entrevista puede ser determinante para que la persona decida asistir a sesiones futuras; en ocasiones la apariencia, la edad, la experiencia percibida de los terapeutas no cumple lo que esperaba el paciente (Alcaraz, 2007).

En relación a este punto Moreno, Rozo y Cantor (2012) menciona que los usuarios que terminaron su tratamiento fueron atendidos por un terapeuta con licenciatura es de un 86.7%, mientras que los que fueron atendidos por un terapeuta con alguna especialización permanecieron en un 13.3%, y de estos usuarios el 94.7% el psicólogo que lo atendió cumplió con sus expectativas; mientras que para los que no concluyeron su proceso el 88.2% de las personas opinaban que el psicólogo que lo atendió no cumplió con sus expectativas.

En una investigación realizada por Velázquez, Sosa, Lara, y Senties (2013) mencionan que un 7.4% de los abandonos que se llegan a presentar es por cuestiones de la relación terapéutica. Y si bien muy poco se encuentra sobre este tema es importante, ya que como lo retoma Clinton (1996), cuando existen diferencias de las expectativas entre el paciente y el terapeuta, propiciaban que aumentara el riesgo de abandono. Por esto es importante que el usuario mencione sus expectativas y que el psicólogo nivele estas de manera empática, para que el usuario decida desde el principio y no a lo largo del proceso este inconforme con los objetivos que se estén planteado.

Y desde una perspectiva cognitiva como lo menciona Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) ellos consideran tres competencias muy importantes que se ven de llevar a cabo en las terapia por parte del psicólogo unas de ellas es la aceptación, la autenticidad y la empatía, partiendo de que es importantes tener un reforzador social por parte del terapeuta el cual va a aumentar la probabilidad de que el usuario siga las indicaciones y con ello se pueda llevar un proceso psicológico hasta concluirlo y con la finalidad de mantener la relación terapéutica se debe tener una confianza básica donde el usuario este percibiendo su proceso de forma exitosa y que se pueda desarrollar un equipo entre el terapeuta y el cliente dándose una alianza, para detectar el problema y trabajar en su modificación para enfrentar las situaciones problemáticas de una forma más funcional.

Por todo lo anterior, las habilidades que el mismo terapeuta posee son importes para el desarrollo de la sesión terapéutica, pues como lo menciona Buela, Sierra, López y Rodríguez (2001 citado en Rondón, Otálora y Salamanca, 2009) dentro del proceso terapéutico se requiere que el terapeuta cuente con habilidades para llevar a cabo el proceso, independientemente de la técnicas que utilicen, ya que por ejemplo una de la habilidades que se debe de tener es la direccionalidad de la sesión, la asertividad, la aplicación de instrumentos de evaluación, la capacidad de involucrar y hacer partícipe al

usuario dentro de la terapia, junto con la realización de informes y de organización de la información, para poder llevar de manera estructurada el proceso y se dé un seguimiento de lo que está externando el usuario y lo que plantea el terapeuta, todo esto junto con la presentación personal y forma de vestir, el tono de voz, la gesticulación, las posiciones corporales, entre muchas otras más que están relacionadas con una adecuada relación terapéutica, ante esto Lambert (1989, citado en Krause 2005), rectifica que las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que la orientación teórica o técnica del tratamiento de éste.

Kaiser (2021) menciona una serie de factores que cuando se presentan por parte del terapeuta, desde su punto de vista pueden tener un impacto negativo para los usuarios que toman la decisión de iniciar un proceso psicológico, entre estas son las confrontaciones que si bien no se tiene un contexto adecuado se pueden ver como comentarios o conductas de rechazo que se llegar a sentirse hostiles por parte del profesional, o que el usuario las percibe como si lo estuvieran juzgando o criticando; otra seria la suposiciones en donde el psicólogo asume que su terapia es la mejor y que esta teniendo éxito, sin tomar en cuenta percepción y sentir del mismo cliente; otro factor es lo que el autor denomina como “terapeutacentrismo” en donde se trata de privilegiar el enfoque del psicólogo sobre la del mismo usuario teniendo una rigidez en el procesos ya que se vuelve inflexibles y excesivamente estructurados, dejando de lado la individualidad de cada persona haciendo que el paciente se tenga que ajustar a las características del tratamiento ya antes diseñado, en lugar de que el proceso sea más afín a las características del usuario.

Además de lo anterior, hay que tener siempre presente como terapeutas que no se necesita abandonar su enfoque, ni tampoco aprender todas las variantes existentes dentro de la psicología, siempre y cuando se cuente con una sólida base en los principios que

rigen la teoría y, sobre todo, conozca bien los elementos de esta que propician el cambio terapéutico, así como la tecnología perteneciente a la teoría que cada psicólogo este especializado. (Gimeno, Barrio, Alvarez, 2018)

5.2. Institucionales

El factor institución como lo menciona Vallejo (2017) es un elemento que interviene de forma importante en los procesos psicológicos, por el hecho de que cada una de estas instituciones tienen sus propios objetivos y que estos son las bases para el desarrollo del mismo ejercer pues al tener una misión y visión diferente cada institución esto hace que el encuadre del proceso sea muy particular, tan solo en la duración de minutos para cada una de las sesiones, así como los espacios delimitados para dar la atención, los costos del servicio hasta el número de usuarios que cada uno de los psicólogos de dicha institución debe de estar atendiendo por día, en muchas ocasiones son sesiones seguidas sin algún descanso..

No solo lo anterior es importante precisar, también otras de las situaciones que suelen suceder en las situaciones institucionales son: las cuestiones de la continuidad, integralidad y accesibilidad al servicio como lo son los horarios. Por lo cual, en la investigación realizada por Rondón, Otálora y Salamanca (2009), se encontró que el 18% de los usuarios percibían que era ineficaz los procesos y decidieron abandonar el proceso; por lo cual es importante la continuidad o discontinuidad del cuidado, el tiempo de espera, el intervalo entre las sesiones, respetar los horarios, la atención del personal, la reputación de la institución y del personal y las formas de acceso al lugar de atención.

Aunado con la que mundialmente se vivió con la enfermedad COVID-19 causada por el Coronavirus SARS CoV2 donde muchas de las situaciones se vieron afectadas, y

muchos de los servicios que estas instituciones brindaban también, ya que se dio un paro a todas las actividades y aunque se implementaron algunas opciones vía online o telefónicamente como fue el caso del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México, con el fin de atender a la población a distancia y poder realizar una intervención breve, por lo cual la atención era solo en un momento y en muchos casos no se daba seguimiento a todas las demandas.

Y en general los seguimientos que se dan por parte de las instituciones y de las mismas investigaciones ya que en la mayoría no llegan ni al año, por lo que, si se llega a tener alguna recaída como lo son con problemas de depresión, adicciones, trastornos psicóticos, de personalidad antisocial o de otra índole, no se puede dar un seguimiento puntual ya que no es requisito de las instituciones y en ocasiones ni en el deber del área clínica se da el énfasis de la importancia de por lo menos realizar llamadas telefónicas para poder checar el sentir y percepción de cada uno de los usuarios, después de haber terminado su proceso.

Por tanto, si el usuario llega a este servicio y se encuentra con obstáculo como lo es la larga espera debida al gran volumen de personas que están en lista de espera y posteriormente que la frecuencia de las sesiones sea sumamente lejana llegando a hacer de meses para poder hacer el primer contacto con el psicólogo, esto provoca que la motivación e interés del usuario se vaya perdiendo y busque algún otro tratamiento alternativo (Jo y Almaso, 2002)

U otro acontecimientos que se lleva presentar es lo que plantea Vallejo (2017) en donde hace hincapié que es importante que se tenga un espacio apropiado para llevar a cabo las sesión psicológicas ya que en muchas instituciones no se cuenta con espacios adecuados y que son improvisados (patios, comedores, entro otros), lo que provoca que se dé muy poca intimidad o confianza de parte del usuario y con ello el sentimiento de sentirse

expuesto o que la información que él este dando no será confidencial, por lo cual no se llegan a sentirse confiados en exponer su caso. .

Otro punto importante que menciona Segarra (1972 citado en Rondón, Otálora y Salamanca, 2009) que las instituciones o centros psicológicos de las escuelas sufren de una rotación constante de terapeutas, ya que los terapeutas quienes son frecuentemente residentes o de servicio social, los cuales al concluir deben de cambiar y esto hace que también exista una discontinuidad percibida por los usuarios en relación a sus terapeutas, generando desmotivación y deserción suscrita por el cambio de terapeuta constate.

Otra de las situaciones que se presentan en las instituciones es la forma de transmitir la información, ya sea por el personal o por la falta de claridad en los procesos como lo es el costo de la terapia, la información inconclusa referente a la secuencia de las sesiones, o cuales eran los protocolos a seguir para poder conseguir una cita

5.3. Económicos

La economía en nuestra vida diría es en ocasiones un impedimento para que realicemos actividades, nos procuremos, asistamos a ciertas instancias, dejando a lado muchos de nuestros hobbies, anhelos, y nuestra misma salud; aunado a lo anterior hay que tener presente que en nuestro país no existe una buena cultura de ir al psicólogo; y si sumamos los problemas económicos que actualmente nos atañen como sociedad el asistir al psicólogo no es una prioridad; a pesar de que después de pandemia se puedo ver la importancia de la salud mental.

Y si a esto le sumamos lo que Velasco y Hernández (2016) mencionan en su investigación, que el problema de sustentar el costo de la terapia en las mujeres, hace que sea uno de los motivos por los que ellas tienen dificultades para asistir, ya que existe

violencia económica ejercida por la pareja, y que desafortunadamente este fenómeno se ha presentado no solo para la asistencia al psicólogo, sino en muchos otros ámbitos, en donde los roles tradicionales imponen los arreglos económicos, pues los hombres son quienes regulan o administran los recursos económicos.

Rondón, Otálora y Salamanca (2009) en su estudio que realizaron encontraron que los motivos económicos son una causa de deserción en el proceso terapéutico, sin embargo, son reportados en un grado menor, en comparación a la insatisfacción del tratamiento que tiene un mayor reporte de causa de deserción y las personas que reportaba su decisión de dejar de asistir era por economía estas tenían una relación con las personas con un nivel socioeconómico bajo.

En otra investigación por Mateluna, Weldt, Almarza, & Reyes (2005) los motivos económicos tienen una tendencia menor a comparación de otros motivos, pero no por ello son menos importantes ya que se ve que los niveles socioeconómicos bajos son los que mayor presentan abandonos en las terapia y que en la investigación al ser en una institución en donde las personas que se presentan a solicitar atención son en su mayoría de bajo nivel adquisitivo, y como una posible solución los autores se plantea que se debería de tener flexibilidad en el costo dependiendo de las condiciones y contexto de cada uno de los usuarios, con un pago simbólico pero que se dé por lo menos una remuneración por la atención, como una posible opción para que no se tenga que quedar inconcluso o ni si quiera inicien un proceso.

5.4. Geográfica

Moreno, Roza y Cantor (2012) menciona que es de gran importancia el estudiar la movilidad o desplazamiento de los usuarios, desde el lugar de trabajo o de su vivienda hasta el centro de atención psicológica en donde se está llevando el proceso, ya que

dependiendo de la localidad y la facilidad del transporte, influyan en el cumplimiento, seguimiento o abandono terapéutico, ya que como se pudo observar en la investigación realizada por los autores, los usuarios de un lugar llamado Engativá fueron los que más continuaron su proceso pero igualmente, fueron los que más desertaron, en el caso de la localidad de Kennedy, fueron los que más permanecieron en el tratamiento y en Bosa sucedió que fueron quienes desertaron más. Por lo que la ubicación geográfica, no fue un factor significativo que diera una tendencia a que tuviera mayor impacto en la permanencia o abandono terapéutico en los usuarios que asistían la USP, ya que la localidad de Engativá está ubicada relativamente cerca de la Unidad y las localidades de Kennedy y Bosa, son menos cercanas, pero es muy similar la distancia entre sí.

En el estudio de Moreno, Rozo y Cantor (2012) mencionan que al tomar de referencia la ocupación de los usuarios, la permanencia terapéutica que se mostró fue de 78.8% en los estudiantes y del 11,5% en empleados. Por lo cual, el abandono terapéutico que se observó fue de 60.8% en los estudiantes y de 17,6% en los empleados, en relación con estas deserciones existía una tendencia ya que su trabajo o escuela quedaban retiradas de la institución a la cual estaban acudiendo. Por lo cual los motivos académicos y/o laborales forman un papel importante para el seguimiento de su proceso, ya que depende del contexto específico del usuario y del compromiso que el mismo tenga al inicio de sus sesiones para poder tener un seguimiento en su proceso psicológico.

Otra de las situaciones que se pueden presentar es que cuando la mayoría de la población que asiste a alguna institución donde se brinda el servicio de psicológica residen cerca del lugar la facilidad de acceso a estos centros no hay mayor problema, sin embargo si existen personas que se les dificulta el poder asistir ya que en una misma familia tiene que trasladar a varios de sus miembros y los costos de traslado se incrementan de acuerdo a Tak Jo y Almao (2002), por lo cual la parte de traslados es algo que se suma los gastos.

En nuestra actualidad después de la pandemia que se presentó, vino a cambiar mucho la parte de desplazarnos a ciertos lugares para poder obtener una atención y se empezó a realizar terapias en línea en donde ya las personas no se debían de exponer la salir de sus casas y se empezó un auge en la realización de dar terapia vía online, sin embargo, esto también trae consigo la pregunta de que si es eficaz y si las personas se adhieren a este tipo de terapia, que tanto tienen la facilidad para acceder a este modelo y si se sienten en confianza para poder exponer sus situaciones a través de una pantalla o llamada telefónica ya que en muchas ocasiones en el contexto en que se desarrollan no tienen un lugar específico para poder tener este tipo de conversaciones sin que otras personas puedan escuchar su proceso, por lo cual el ámbito de desplazarse de un lugar a otro se vio modificado.

5.5. Culturales

Vallejo (2017) menciona que existen variables como es la cultura en la que el usuario vive, ya sea que se dé un proceso terapéutico privado o de alguna institución de gobierno o universitaria, porque no es lo mismo desde la edad hasta la historia de vida de cada una de las personas. Por ejemplo, si un usuario llega a proceso por una fobia a los 25 años, a otra que presente la misma fobia a los 60 años. Donde el reforzamiento temporal y las posibles soluciones que se han tenido son muy distintas, ya que primero se pueden haber acudido a diferentes tipos de posibles soluciones en los que se cree que son mejor antes de asistir a un proceso.

En un artículo publicado por Velasco y Hernández (2016) en donde investigaron los motivos por los cuales las mujeres víctimas de violencia abandonan su proceso terapéutico en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Puebla, encontraron que una de las razones es la confirmación de estereotipos culturales, ya que ante la pregunta sobre dificultades

encontradas o que se pudieran presentar por las cuales faltan o faltarían a su tratamiento, el 31% dijo que sus hijos, debido a que no tenían dónde dejar a los más pequeños. sentían responsabilidad de ayudar a sus hijos mayores en actividades del hogar, llevarlos a la escuela o sostener sus estudios, por embarazo o lactancia, temor a que uno de los hijos se enferme, o por cuidarlo en la enfermedad y un 27% de mujeres con pareja que les negaban el “permiso” para acudir o les prohibían la asistencia, siendo que en algunos casos las culpaban por los problemas de pareja y también debido al control económico ejercido por la pareja; si se retoma lo que mencionaban las entrevistadas es que dejan su proceso por “Porque me sentía bien, me dediqué a mi hija 100%, yo me dejé, sentí que podía superar mi situación” o en una suposición ellas mencionaban “dejaría de venir por apoyar a mis hijas”, “otras pudieran dejar porque se sienten mejor”.

Por lo anterior, el apoyo de los familiares es un factor importante, ya que si no existe este sistema de apoyo el avance, la conclusión o permanecía en el proceso es muy complicado, como lo menciona Moreno, Rozo y Cantor (2012) de los usuarios que asistieron a su tratamiento un 89.4% encontró apoyo en su familia o personas que lo motivaban para continuar su proceso, mientras que el 10,6% no y de los consultantes que abandonaron el tratamiento, el 27,5% no encontró apoyo en su familia o personas significativas para continuar el tratamiento.

Otra componente importante es la educación de las personas ya que Puente (1985) menciona que el nivel educativo es un factor que influye en que se lleve a cabo la terapia ya que menciona que los grupos con un nivel universitario hacia adelante son los que tienden a estar más dispuestos a una atención y el seguimiento de esta, para la modificación de su estilo de vida. Otro autor que menciona este factor es Vallejo (2017) quien considera los niveles de escolaridad como algo que influye en cada uno de los usuarios que deciden asistir a terapia pues no es lo mismo iniciar un proceso con un adulto

que tiene una educación a nivel básico, a iniciar un proceso psicológico con quien tiene una educación profesional en donde hasta la terminología que se emplea en las sesiones es diferente.

Así mismo Waller et al. (2009) menciona que una de las variables importantes para que un usuario siga su proceso psicológico es con relación al sexo, es decir si son hombre o mujeres, aunque ante este hecho existen opiniones encontradas, ya que otros autores mencionan que esta variable de ser varón o mujer o tener una edad u otra, no tiene relación con que un tratamiento psicológico sea más o menos prolongado (Ballesteros, Fernández, & Labrador, 2013).

Ante todas estas posturas en esta investigación se profundizará en los elementos o factores que inciden más en la práctica del psicólogo en el área clínica ya que existen más posturas ante el ejercer y los motivos por los cuales no se llega a tener una terapia como en la teoría nos enseña.

Planteamiento del problema

Es necesario precisar que aun cuando en el proceso psicológico emergen diversas dificultades, problemáticas o tensiones, la discontinuidad terapéutica de los usuarios, es sólo uno de ellas y la literatura acerca del tema es ciertamente escasa en relación a la investigación de los motivos por los cuales las personas que inician a un proceso psicológico no tienen una conducta continua en sus asistencias, por lo que se considero ser importante el estudio con una población de una institución pública que ofrece atención psicológica dirigida a grupos vulnerables en el Estado de México con el objetivo de poder detectar a través del seguimiento la tendencia que existe de las razones que argumentan los usuarios en relación con su comportamiento discontinuo en asistencia a la terapia cognitiva conductual en una institución pública

Además detectar en qué género es que se presenta con mayor frecuencia el comportamiento discontinuo de los usuarios en la terapia, encontrando cual es la ocupación en la que se presenta con mayor frecuencia el comportamiento discontinuo de los usuarios en la terapia y reconociendo la tendencia que existe en personas emancipadas ante el comportamiento discontinuo en la terapia para mostrar cuál es el porcentaje de personas que retomaban su proceso psicológico después de una conducta discontinua.

Con el fin de conocer los factores con mayor tendencia que provocan una conducta discontinua en la terapia y que en muchas ocasiones se puede convertir en un abandono total del proceso.

Tomando como referencia que una conducta discontinua en el proceso psicológico es la falta de asistencia continua a sus citas semanales por parte del paciente sin acordarlo con el profesional que está tratando su caso.

Método

- Tipo de estudio

Observación participativa con diseño Mixto y descripción de tipo transversal

- Participantes

Se realizó una investigación, con una muestra no probabilística de 23 usuarios 15 mujeres y 8 hombres de una institución pública que ofrece atención psicológica dirigida a grupos vulnerables en el Estado de México, los cuáles hayan presentado una conducta discontinua con respecto a la asistencia a sus citas semanales o que tuvieran más de 3 faltas consecutivas.

- Procedimiento

Se identificó a los psicólogos que laboraban en la institución cuya corriente psicológica que ejerciera en sus terapias, fuera cognitivo conductual, en donde de los 5 psicólogos que integraban la plantilla del turno vespertino, solo se encontró que uno cumplía con las especificaciones pertinentes de ejercer el enfoque cognitivo conductual.

Al ya tener identificado a la psicóloga, se procedió a revisar los registros de sus datos de cada uno de sus usuarios que tuvieran activos los cuales contarán con los criterios para considerarlos con una conducta de discontinuidad, y se procedió a realizar una llamada telefónica siendo este un objetivo personal para esta investigación para conocer los motivos por los cuales su asistencia a su proceso terapéutico no fuera de manera constante y se le preguntaba hasta el último si iba a asistir la siguiente semana y con esto se empezó a realizar un registro con los datos que se habían recabado cuando los sujetos iniciaban su proceso psicológico de sus datos demográficos.

Y estos datos generales eran el sexo, edad, ocupación, emancipación, las respuestas del porque no había asistido a sus sesiones y la respuesta que se había tenido si se iba a presentar o no en la próxima sesión y registrando sus respuestas tal cual era de estas dos últimas categorías (Anexo 1).

Posteriormente se realiza la codificación de las respuestas anteriormente dadas por cada usuario las cuales se agruparon en siete categorías: mejoría percibida, falta de economía, cuestiones laborales, problemas de salud física, problemas familiares, viajes y escuela. Al ya tener la codificación de cada una de las respuestas, lo mismo paso con el rubro de la emancipación la cual fue codificada en pasivo, los que dependen económicamente de alguien más, activo quienes trabajan para sustentar su proceso e inactivas, los que actualmente no trabajan. Los datos fueron tabulados y analizados con el paquete SPSS. En esta fase del análisis, se realizó el análisis descriptivo.

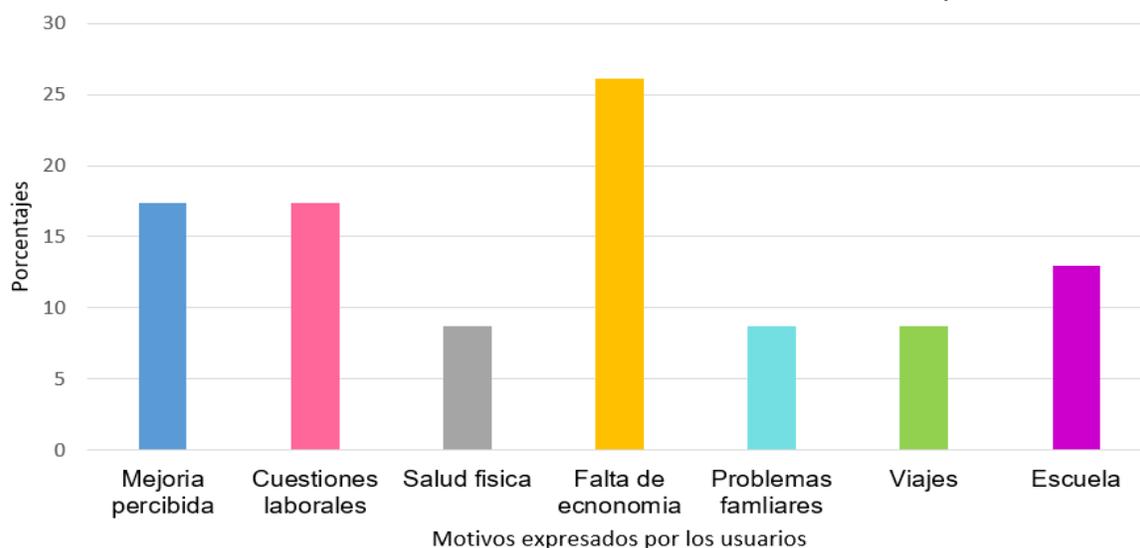
Resultados

En esta investigación como se puede observar en la figura 2 se encontraron siete motivos por los cuales se presentaba una conducta discontinua en el proceso psicológico y estas fueron: La mejoría percibida la cual hace referencia a donde los usuarios hacían ver que si proceso discontinuada en la terapia era una situación de percibir que existía un avance y que con esos cambios que ellos podían identificar podía dar por concluido o ya no asistir de manera recurrente a su proceso; el otro grupo que se puede observar es el de situaciones laborales o cuestiones laborales y este hace referencia una situación que por tiempo de su trabajo, por carga laboral no pueden asistir poniendo como prioridad aspectos laborales; en el caso del motivo por salud física es por el hecho de las personas justifican sus inasistencias por que le van a citas en el seguro y que no pueden cambiar o por enfermedades virales, por lo cual deciden no asistir a sus sesiones programadas

En el caso del motivo por la falta de economía es porque existía justificaciones en relación a que no podían asistir ya que surgieron imprevistos, que quien los apoyaban en el pago lo dejo de hacer, que habían perdido el trabajo y ya no contaban la posibilidad de cubrir la cuota de recuperación, por lo cual empezaban sus inasistencias a su proceso, en el motivo de los problemas familiares era porque alguno de los familiares tenían alguna enfermedad o no se encontraban con plena salud, por lo cual los usuarios tenían que hacer cuidarlos y esto hacía que tuvieran insistencias en sus procesos; en cuanto al motivo por viajes estos hacían alusión que por cuestiones de vacaciones salían del estado y dejaban de ir a las sesiones programadas; el ultimo motivo observado en la gráfica es la escuela este hace alusión a las personas que referían que por inicio de ciclo escolar y porque les asignaron un horario en donde se empalmaban con sus sesiones psicológicas.

Partiendo de estos motivos se tuvo una participación del sexo femenino con una edad promedio de 19.6 años \pm 3.8 y del sexo masculino con una edad promedio de 23.2 años \pm 5.7 y los factores o motivos con que se encontraron los cuales influyen en los usuarios para que se presente una conducta discontinua y en esta investigación existe una tendencia que la falta de economía para por cubrir el costo de la sesión fue la principal razón para que se presentara la conducta de discontinuidad con un 26.1%, seguido del motivo de mejoría percibida en donde los usuarios reportaban que con la habilidades que el psicólogo les había enseñado ya se sentían mejor y cuestiones laborales en el cual las personas priorizaban el trabajar para poder llevar dinero a casa como es el caso de un usuario el cual mencionaba “no he podido ir ya que hubo una exposición en donde tengo un espacio para poder exhibir y vender mis playeras, termina esta semana, así que para la otra me incorporo” ambos motivos obtuvieron un 17.4%

Con un 13% están por situaciones escolares o de tramites escolares en donde se empalmaban los horarios como fue el caso de una usuaria la cual menciono que “como presente examen para entrar a la prepa, me toco en la tarde y eh estado haciendo el proceso de inscripción y después fue la semana de inducción por lo cual ya no podré asistir a la terapia porque se empalma con mis horarios, además que me quiero enfocar en la escuela para poder hacer el cambio a la mañana” y en el caso de los motivos con menor frecuencia fueron con un 8.7% y estos fueron por cuestiones de salud físicas, la realización de viajes y problemas familiares, en donde por cuestiones de estar lejos o no tener la movilidad o salud para deslazarse a la institución tenían que tomar la decisión de no asistir a su proceso psicológico.

Figura 2.*Motivos de la conducta discontinua en usuarios de una institución publica*

Nota: El porcentaje de los motivos encontrados del porque los usuarios presentan una conducta discontinua en su proceso psicológico.

Por otro lado, podemos observar en la tabla 1 que existe una tendencia a no regresar a su proceso terapéutico con un 65% después de haber presentado una conducta discontinua y el factor que más influye en que no se retome la terapia psicológica es la cuestión de la economía con un 21.7% ya que en ocasiones alguno de los padres deja de aportar económicamente o no apoya el proceso como es el caso de un usuario, el cual refiere que dejará de llevar a su hijo por esta razón “ya no podremos asistir a la terapia porque ya no me alcanza el dinero para poder salir adelante y como el padre no está aportando ya se me está haciendo más difícil”, seguido por la percepción de una mejoría en donde toman la decisión de ya no continuar con su proceso con un 17.4% y con relación a factores por la escuela es un 13% que ya no puede seguir en el proceso terapéutico por los horarios al no ser flexibles ya no les permite regresar a sus sesiones dado que se les empalman los horarios.

Después otro motivo por el cual ya no regresan es por una situación del trabajo y por último es el caso de los problema familiares con un 4.3% en donde no tienen quien les cuide ya sea a los hijo a algún enfermo dejando ellos de asistir y continuar con su proceso; en el caso de la relación a las personas que continúan su proceso se encuentran un 34.8% de usuarios que deciden seguir en su terapia y aunque se tuvieron razones por trabajo, salud física y viajes todos estas con un 8.7% decidieron continuar y no abandonar su proceso; algo que no sucedió con el caso de las personas que percibieron una mejoría y dejaron de asistir dejando inconclusa su terapia.

Tabla 1.

Seguimiento del proceso terapéutico después de una conducta discontinua.

Razones	Porcentaje que continúan su proceso terapéutico.	
	Si	No
Mejoría	0	17.4
Trabajo	8.7	8.7
Salud física	8.7	0
Economía	4.3	21.7
Problemas familiares	4.3	4.3
Viajes	8.7	0
Escuela	0	13
Total	34.8	65.2

Nota: Motivos por los cuales los usuarios toman la decisión de no tener una continuidad en su proceso terapéutico y cuántos de ellos regresan a las sesiones después de haber presentado discontinuidad.

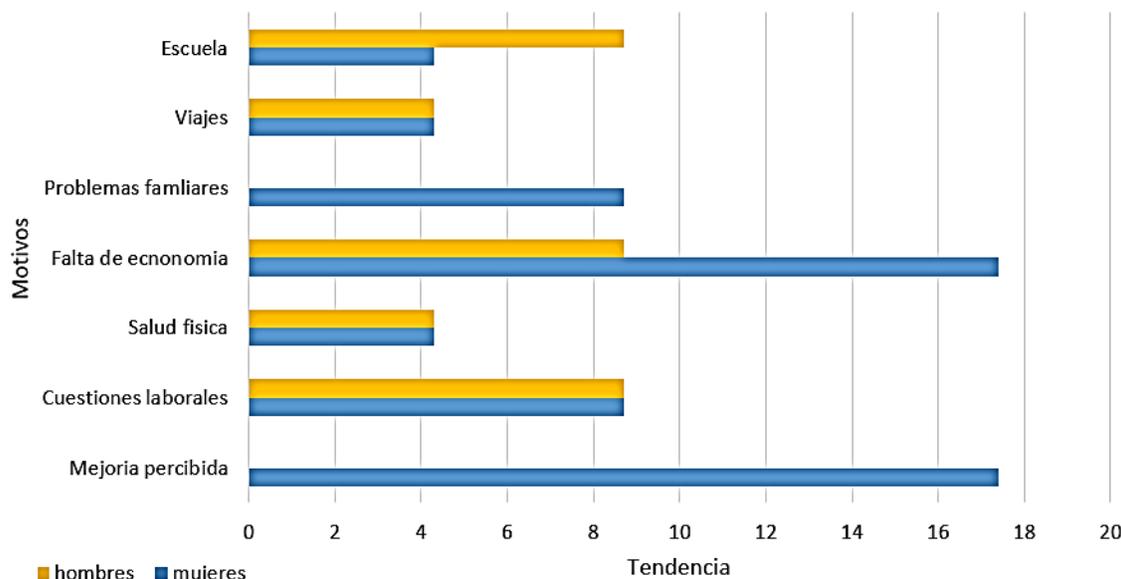
En relación a la tendencia que se tiene entre los dos sexos existe un porcentaje de conducta discontinua de 65.21% en el caso de las mujeres y de 34.78 en el caso de los hombres, además de que como lo observamos en la figura 2 se pueden notar diferencias entre ambos, ya que las mujeres reportaran con un 17.4% que los motivo por los cuales dejan de asistir a su proceso son situaciones económicas y esto se llega a presentar ya

que dependían económicamente de otra persona y que si está no tenía para poder solventar el pago dejaban de asistir o que priorizan pagar otro tipo de servicios antes que su sesión psicológica como es el caso de una usuaria la cual comento “no podremos asistir las siguientes sesiones pues mi mamá requiere de estudios y no me es posible seguir por el momento disculpe, pero se me vinieron gastos imprevistos y por economía no podremos asistir” o por una mejoría percibida ya que la mujeres empiezan tomar de decisión de no asistir como lo menciona una usuaria “ya no asistiré porque me siento mucho mejor, ya las cosas en casa están estables, mis cambios de estado de ánimo ya los controlo, por lo cual ya creo que no iré”.

A comparación de los hombres en donde su tendencia para dejar de tener una continuidad es por situaciones laborales, de escuela y problemas familiares las cuales representan un 8.7%. cada una y en donde las situaciones laborales como la carga de trabajo o la responsabilidad que asumen de llevar dinero a casa hace que la conducta de discontinuidad se empiece a presentar “por estar trabajando en el Uber, me es imposible ya asistir a la terapia porque necesito sacar el dinero y como la mayor demanda está en la CDMX el trasladarme hasta Ecatepec se me esta conflictuando mucho”, con relación al motivo de actividades escolares menciona que se empalman los horarios o que realizarán una actividad como es el servicio y esto afecta a sus asistencias como es el caso de un usuario el cual menciono lo siguiente “entraré al servicio social y no podré continuar con la terapia porque se empalman los horarios” y algo que podemos observar con en la figura 3 es que en el caso de los hombres el que ellos perciban una mejoría no es motivo por lo que se empiece a presentar una conducta discontinua a comparación de lo que sucede con las mujeres.

Figura 3.

Motivos expresados por los usuarios de acuerdo con el sexo



Nota: Tendencia de motivos mencionados por los cuales los usuarios presentan una conducta discontinua según el sexo

Por otra parte, podemos decir que existe una tendencia a que después de presentarse una conducta discontinua, ya no se retome el proceso y se abandone por completo. Lo cual en la tabla 2 podemos observar que en el caso de las mujeres solo un 26.7% regresa a su terapia y solo presentan una conducta discontinua y un 73% abandonan la atención psicológica ya que no se vuelven a presentar a la institución dejando su proceso inconcluso aunque ellas puedan referir que sienten una mejoría ya que las razones más predominantes son la percepción de mejora y la falta de economía, en relación con los hombres un 50% de ellos dejan de asistir después de haber tenido una discontinuidad en su proceso y su mayor razón son por cuestiones de la escuela ya que sus horarios se empalman con las sesiones psicológicas. Y si hablamos en términos generales la población tiende a abandonar su proceso un 65.2% y solo un 34% tiene una

discontinuidad ya que se vuelven a presentar en la institución con la finalidad de retomar la atención psicológica.

Tabla 2.

Motivos de la conducta discontinua y el seguimiento del proceso dependiendo del sexo

Seguimiento del tratamiento	Porcentaje							Total
	Percepción Mejoría	Trabajo	Salud física	Falta de economía	Problemas familiares	Viajes	Escuela	
Mujer	Si		6.7	6.7		6.7	6.7	26.7
	No	26.7	6.7		26.7	6.7	6.7	73.3
Hombre	Si		12.5	12.5	12.5		12.5	50.0
	No		12.5		12.5		25.0	50.0
Total	Si		8.7	8.7	4.3	4.3	8.7	34.8
	No	17.4	8.7		21.7	4.3	13.0	65.2

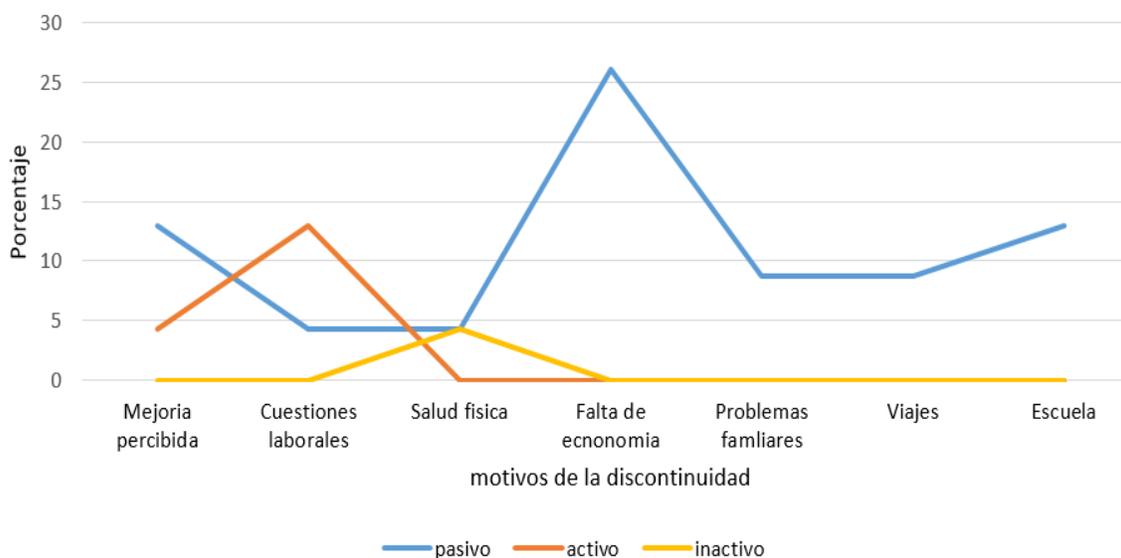
Nota: Porcentaje de los usuarios que retoman o que abandonan su proceso terapéutico, desglosados en los motivos que se prestan antes del abandono, con una conducta discontinua.

Se agruparon a los usuarios por su emancipación en donde los que tiene una economía pasiva son los usuarios que ellos no pagan su proceso terapéutico ya que no tiene fuente de ingresos propias y dependen ya sea de sus padres o de su pareja poder solventar el gasto de sus sesiones psicológicas; en el caso de las usuarios que tiene una economía activa es que ellos mismos trabajan para poder realizar el pago de su proceso y el caso de los usuarios inactivos son los que por el momento no están laborando y se encuentran sin ingresos. Por lo cual en la figura 4 podemos observar que las personas que dependen económicamente de alguien su principal motivo por el cual presentan una conducta discontinua con un 26.1% son situaciones económicas y de los usuarios que ellos solos sustentan su economía su principal motivo son las cuestiones laborales ya que le dan una mayor importancia su trabajo con un 13% como sucede con este usuario el cual

reporto lo siguiente “la razón es porque he tenido mucho trabajo y me ha sido imposible poder asistir, la próxima semana me organizaré para presentarme”, en comparación de los desempleados los cuales son inactivos que su principal conflicto son problemas físicos, los cuales hacen que dejen de asistir a su proceso psicológico como lo menciona el usuario “le había comentado que me programaron para una operación, y aun estoy con indicaciones de reposo, por lo que no me he podido presentar, en cuanto me den de alta yo me comunicó con usted para poder coordinar mi incorporación”.

Figura 4.

Tendencia de los motivos expresados por los usuarios dependiendo de su emancipación.



Nota: Representa los motivos que existen para que un usuario pasivo, activo e inactivo económicamente hablando presente una conducta discontinua.

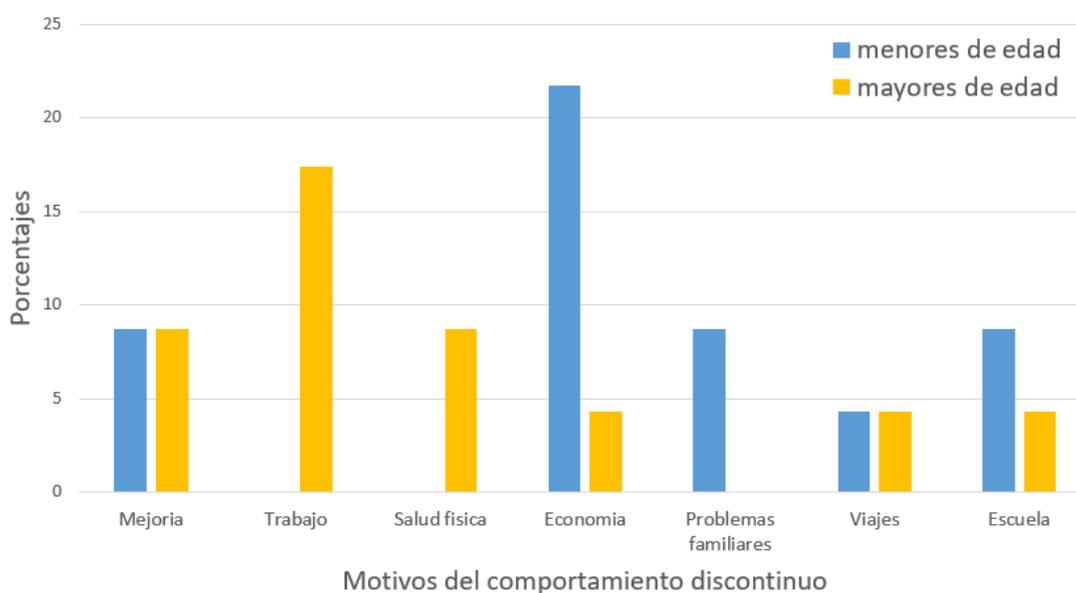
Por otro lado no hay relación entre el promedio de semanas que se asiste a sesiones y los dos grupos de edad (menor de edad, los cuales van a acompañados por el padre o tutor y el mayor de edad, los cuales asisten solos), en donde se realizó una prueba de t de student, para muestras independientes con ($p \geq 0.05$), existiendo una media en el grupo de menores de edad de 8.91 con una desviación estándar de 3.8 y en el caso de los

mayores de edad una media de 6.63 las cuales corresponden a las semanas de asistencia con una desviación estándar de 3.009.

Los motivos más influyentes para los usuarios menores de edad los cuales los llevan a presentar una discontinuidad en su proceso psicológicos son por el hecho de que existen problemas económicos con un 21.7% y en comparación a los mayores de edad los cuales muestran una tendencia por motivos de trabajo, los cuales son un factor para que se presente una conducta discontinua en su proceso psicológico teniendo un porcentaje del 17.4% como se puede observar en la figura 5.

Figura 5.

Causas de un comportamiento discontinuo con relación a la edad.



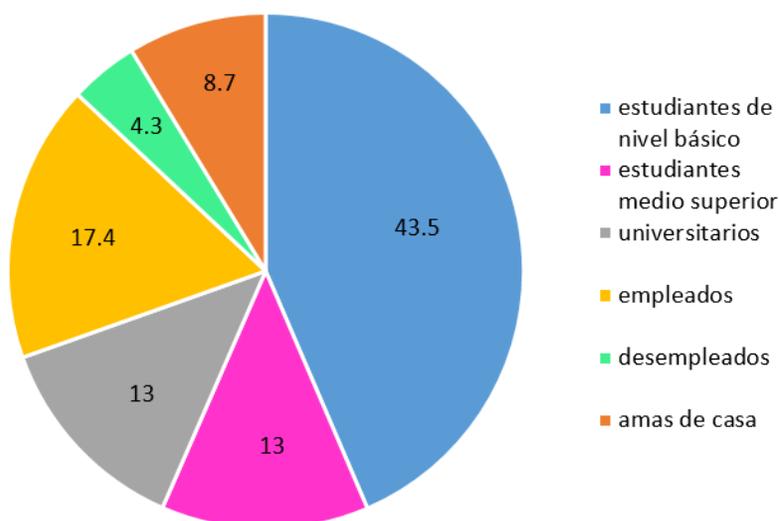
Nota: Porcentajes de los dos grupos de edad, en relación con los motivos expresados por ellos para empezar a presentar una conducta discontinua.

Al agrupar a las personas estudiantes de nivel básico, medio superior, universitarios, empleados, desempleados y amas de casa, en donde se presenta una tendencia de mayor frecuencia de una conducta discontinua del 43.5% la cual se da en la población de estudiantes de nivel básico, quienes son acompañados por un tutor siempre a

sesión, que dependen económicamente de sus padres y que si ellos llegan a percibir una mejoría pueden llegar a tomar la decisión de ya no asistir como lo menciona una usuaria en donde dice “La niña ya tiene un gran mejoría de como llego y ya no creo que sea necesario volver a la terapia, seguiremos con los ejercicios que se habían dejado para que no retroceda lo logrado” , y en segundo lugar se encuentra los trabajadores los cuales con un 17.3% tiende a presentar una discontinuidad en la asistencia a sus sesiones con el psicólogo por cuestiones de trabajo, y en el caso de estudiantes los cuales tienen un nivel de estudios de preparatoria y universidad su incidencia de presentar una conducta discontinua es del 13%: por otro lado en relación a las personas que se encuentran desempleadas su incidencia de presentar una conducta discontinua en su proceso fue de un 4.3 % teniendo este grupo el porcentaje con menor incidencia, en relación a los demás.

Figura 6.

Conducta discontinua dependiendo la ocupación.



Nota: Porcentajes de tendiendo de la ocupación reportada por los usuarios, en relación con su tendencia a presentar una conducta discontinua.

Conclusiones

Asistir al psicólogo sigue siendo una atención usualmente dejada por el usuario como última opción ya cuando las situaciones son percibidas como disfuncionales en su vida, sin embargo, en muchas ocasiones antes de asistir a un proceso psicológico se recurre a los amigos, sacerdotes, pastores, brujos y/o médicos teniendo en ocasiones resultado desfavorable o con nula mejoría, tomando hasta entonces la decisión de asistir a la terapia psicológica, en muchas ocasiones ya que existe una idea a nivel cultura que los resultados se tiene que ver de manera casi inmediata con algo que sea de una sola vez y que con ello se solucionan las cosas y teniendo en cuenta que la atención psicológica es un proceso o que también es un descubrimiento personal hace que la toma decisión de asistir al psicólogo sea de las ultimas opciones.

Sin embargo, existen muchos factores que están inmersos después de tomar la decisión de asistir a un procesos psicológicos y en muchas ocasiones los dejamos de lado en la parte teórica, pero cuando nos encontramos en el ejercer profesional nos damos cuenta que no tan solo lo que viene en los libros es lo que se podría presentar en el momento de estar en el ámbito clínico y una de estas situaciones pueden ser la poca adherencia que las personas tienen a un proceso, en medicina es un fenómeno muy estudiado y que le toman una gran importancia ya que suele suceder que los fármacos no son suministrados de forma correcta por ellos la OMS en el 2003 definió el termino adherencia como el grado en el cual la conducta de un paciente, en correspondencia con la administración del medicamento, el seguimiento de un régimen alimenticio o la modificación de hábitos de cada persona en su vida, se relaciona con las acciones recomendadas y acordadas de ambas partes, del paciente con el profesional, requiriendo

del seguimiento por parte del paciente con las recomendaciones recibidas, y teniendo una participación activa en la toma de decisiones entre el profesional y el paciente.

Sin embargo, en el caso de psicología se podría tomar de partida lo mencionado por puente (1985) donde el menciona que la adherencia terapéutica hace referencia al proceso por el cual el paciente lleva a cabo de forma adecuada las indicaciones que le dio el terapeuta, por lo cual se cumple con las indicaciones recibidas, pero por el contrario la falta de adherencia es donde el paciente no sigue, por alguna situación los ejercicios, indicaciones que se le dijeron para el mejoramiento de su situación; pero la mayoría de las investigaciones realizadas son para el área médica, en donde hacen referencia a la toma de medicamentos y en el caso de la psicología desde el modelo cognitivo conductual serían las tareas o actividades que se le dejan a cada uno de los usuarios para poder empezar a tener modificaciones en su día a día y que estas en ocasiones no se llevan a cabo haciendo que el proceso sea más largo o que ellos mismos no vean mejorías de una forma significativa ya que como se mencionaba es un proceso en donde se tendría que tener un compromiso por ambos lados, por parte del psicólogo y del usuario.

Otra situación es el abandono como tal de la terapia y que Mahoney (1991) menciona que es la interrupción del proceso durante el desarrollo formal del mismo, sin previo aviso, provocando “una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”, lo que en muchas ocasiones hace que en realidad no exista un proceso concluido y que los usuarios no tengan las herramientas necesarias para que en ocasiones posteriores su toma de decisiones sea de una manera más funcional en su vida, pero esto en muchas ocasiones no se lleva a cabo, ya que como lo pudimos observar en los resultados antes presentados el que los usuarios perciban una cierta mejoría en muchas ocasiones provoca que tomen la decisión de dejar su proceso ya que ellos perciben que con esa mejoría es suficiente para tomar la decisión de dejar inconclusa su

terapia, y que aunque perciban una estabilidad en el momento, a lo largo que si no existe una modificación de su comportamiento ante las situaciones problemas de cada usuarios se pueden seguir manteniendo en el tiempo y provocando que no existiera un cambio, solo una percepción falsa de mejoría en un periodo de tiempo.

Muchas veces antes de que se dé el abandono de la terapia se empiezan a presentar un conducta discontinua la cual al ser la falta de asistencia continua a sus citas semanales por parte del paciente sin acordarlo con el profesional que está tratando su caso y que es el uno de los temas a desarrollar en este trabajo ya que es algo que se presenta con mucha frecuencia en los procesos psicológicos y que en ocasiones es por la consecuencia de sus pensamientos del usuario acerca de la falta de necesidad de continuar, o el poco compromiso que hace que su asistencia a la terapia sea cuando él lo cree necesario y que esto a la larga desencadena el abandono de la terapia (Guerrero. 2016).

Nos dimos cuenta de que este fenómeno no solo se presenta por estos dos factores que la literatura nos presenta, ya que nuestro estudio indica que existen múltiples factores que están presenta para que se presenta una conducta discontinua como son la falta de economía para poder cubrir el costo de la sesión fue la principal razón para que se presentara dicha conducta, teniendo en cuenta entonces que las situaciones económicas son uno de los factores con mayor influencia y que a pensar de que el costo de la sesión en la institución era un cuota de recuperación de 50 pesos, aun así la población que llegar a pedir el apoyo son personas con poco recursos, y este sigue siendo una limitante, que no tan solo tomar en cuenta que era el gasto de la sesión, sino también que en muchas ocasiones se podría aplicar el como se desplazaban para llegar a la institución que ya los costos de los transportes en el estado de México son de un mínimo de \$12 por cada persona y que si esto se suma a que si el usuario iba acompañado, se elevaba en realidad

la inversión y que aunque no fue una variable que se investigó en la investigación, sería pertinente investigar ya que es algo que en la actualidad las cuestiones económicas tienen un impacto importante donde cada uno valora lo que es más importante y en ocasiones el tema de asistir a un proceso no le van la relevancia y son de las cosas que dejan de lado, para darle más peso a lo mejor a las cuestiones alimentarias. Algo que se podría proponer a la institución es realizar estudios socioeconómicos y con base a eso estimar los costos para cada caso, ya que si bien existían personas con bajo poder adquisitivo también asistían personas con una mejor economía en donde se podría estar incrementado un poco el costo por sesiones y con ellos que también las institución siga percibiendo por el servicio psicológicos.

Otro factor que se detectó fue el motivo de mejoría percibida en donde los usuarios reportaban que con la herramientas que el psicólogo les había enseñado ya se sentían mejor o que por cuestiones laborales en el cual las personas priorizaban el trabajar para poder llevar dinero a casa o por situaciones escolares o de trámites escolares en donde se empalmaban los horarios, sin embargo también tendríamos que hacer un análisis de este punto ya que en muchas ocasiones son las mismas instituciones escolares las cuales piden que el alumno asista a una atención psicológica.

Puente (1985) menciona que los universitarios son los que tienden a estar más dispuestos a una atención y el seguimiento de esta, para la modificación de su estilo de vida, sin embargo en la investigación podemos observar que en realidad también el hecho de que los horarios de los universitarios sean incompatibles con los horarios de la terapia y que también llegan a impactar en el proceso terapéutico y aún más, cuando las institución públicas como fue el caso de esta investigación en donde la institución contaba con servicio psicológico de lunes a viernes no teniendo la posibilidad de asistencia los fines de semana, lo cual podría ser un factor que impacta de manera significativa al seguimiento

de la terapia y también existen motivos de una conducta discontinua por cuestiones de salud físicas en donde se prioriza antes un dolor físico que una situación emocional o por cuestiones de realización de viajes y problemas familiares, sin embargo a su vez se sugiere que hay muchos más factores que influyen; cómo podrían ser los personales ya que las valoraciones de la persona en relación a la importancia de asistencia a su proceso terapéutico influye en su acción, aunado a la validación de su propio sentir.

Sumado de la percepción que el propio usuario hace hacia al psicólogo o a su proceso en muchas ocasiones queriendo que el proceso fuera rápido y que se vieran casi de forma inmediata los cambios en su vida, que este fenómeno se presenta por nuestro estilo de vida en donde todo va muy rápido y por ende las personas solicitan cambios al instante y que tal vez por ello que las personas deciden antes de asistir al psicólogo ir con otras personas como para hacerse una limpia, ya que se dice que solo con UNA vez se soluciona el problema y si la persona refiere querer tener cambios instantáneos le es más a fin el hecho de asistir solo una vez a una limpia para "arreglar" el problema y que esto también pasa en la religión que con una manda o una confesión se dice solucionar el conflicto y la percepción de sentirse mejor.

En comparación a la terapia psicológica la cual al ser un proceso no sea dan de forma lineal, existiendo variables que alteran al proceso, el objetivo de las sesiones y que si en el momento la prioridad del usuario es otra se debe de atender como por ejemplo podría llegar a sesión con una crisis de ansiedad en donde no se puede dejar a un lado para poder seguir con la planeación que teníamos para ese día, sino que hay que priorizar y atender la situación conflictiva en ese momento y todo lo anterior son situación que en la práctica clínica se presentan y que también como terapeutas se debe de ser flexibles y desarrollar nuestra habilidades emergentes para poder hacer frente la demanda del usuario en ese momento.

Otra de las situaciones que se presentan en la terapia es lo social en donde decir que se asiste a una terapia psicológica aún sigue siendo poco aceptable o mal visto, sintiéndose sin redes de apoyo, y que también si estas redes no están consolidadas y si se necesita el apoyo de algunos de los integrantes de su familia, pero existe cierta renuencia o apatía para poder apoyar al usuario esto podría llegar a desmotivar a la persona, volviendo a plantearse la importancia de su proceso y que en ocasiones se desencadena en un abandono psicológico.

En el ámbito laboral o escolar el asistir a un proceso es poco comprensivo por las instituciones por lo no es una razón aceptada para poder pedir un permiso o justificar las inasistencias por este motivo, en conjunto con que los horarios son poco flexibles tanto del trabajo como las escuelas, aunado a los horarios de las instituciones que como fue el caso de esta institución solo se laboraba entre semana dejando sin opciones a las personas que querían asistir los fines de semana; otro factor también son los familiares donde la poca motivación de parte de su círculo más cercano, o que la estima de los demás en ocasiones se ve modificada por pensar que el asistir a terapia es porque se está loco, sumándole la incapacidad de que los demás validen lo que está sintiendo y solo tratar de motivar con un “échale ganas” cuando en muchas ocasiones esta frase llega ser estresante porque por más que la persona lo esté intentado llega el momento en que las situaciones pueden rebasar y eso provocar una desesperación mayor por no sentirse comprendido y juzgado.

También los factores económicos en donde el cómo distribuyen sus necesidades (pago de renta, gastos de comida, luz, agua, etc.) y se percibe que es más elemental el hecho de cubrir primero sus necesidades básicas y después ver si sobro dinero para el pago de sus sesiones psicológicas, ya que no visualizan que la estabilidad emocional si es una necesidad, que si la persona no se encuentra estable y con las herramientas

necesarias, su contexto también se va a ver influenciado por esa inestabilidad y será una cadena sin fin.

El tipo de servicio también es una de las áreas o factores que son de suma importancia en la terapia psicológica ya que si bien en esta investigación el modelo que se abordó fue desde la teoría cognitivo conductual, existen muchos otros tipos de terapias que también dependiendo de lo que el usuario cree o trae proyectado que es una terapia psicológica, influyen en el que se dé una asistencia continua a su proceso o un abandono desde la primera sesión pues en muchas ocasiones se asocia que el ir al psicólogo es irse a acostar en un diván y cuando entran a un espacio en donde solo se encuentra una mesa y unas sillas, desde ahí su forma de comportarse se verá influenciada por su creencia o que simplemente en su primera asistencia al psicólogo van sin saber que es ir a un psicólogo y no saben ni cómo iniciar la conversación.

Por lo cual el psicólogo debería de tener un buen Rapport para que la alianza terapéutica se forje desde un primer momento, haciendo sentir a la persona que asiste en confianza, pero también se puede presentar que en muchas ocasiones cuando se les indica que se les dejarán actividades a realizar en casa esto tampoco chequea en muchas ocasiones con la idea que tenía que solo era ir a hablar y contar lo que le pasa o le causa algún conflicto, por lo cual también cada usuario se sentirá cómodo con diferentes tipos de terapeutas.

La duración de las sesiones también son un factor influyente ya que en muchas ocasiones lo que sucede es que en los últimos momentos de la sesión, los usuarios comienzan a hablar y si las sesiones son de 45 minutos como era en caso de la institución, se tenían que interrumpir la sesión cortando la sesión de forma abrupta ya que al ser las sesiones consecutivas en donde en seguida que salía un usuario ya están en la sala de espera el siguiente, por lo cual se tenían que respetar los horarios asignados para que no

se fueran empalmando los usuarios y hacerlos esperar más, por lo cual el extender las sesiones más de los 45 minutos es algo que no se podía realizar y que no solo en las instituciones públicas pasa, también el ámbito clínico se da esta situación en donde sería importante hacer una reflexión si en realidad el seguir el modelo médico en el ámbito de la psicología clínica es funcional o se tendría que poner sobre la mesa la duración de las sesiones, ya que 45 minutos o una hora, por lo regular, son insuficiente para que el usuario diga todo lo que quería decir y que cuando el trata de poder verbalizar lo que le acontece por tener este modelo en donde es un usuario detrás de otro provoca que se tenga que suspender y planear la posibilidad de seguir con ese argumento la próxima sesión que por lo regular es la semana que viene, pero que en ese transcurso se puede olvidar del tema, ya no querer volver a abordarlo o pasa a segundo plano por algo que le haya pasado y que el usuario refiera sentir como más importante,

Recordemos que los estudios siempre están en un cambio constante y ahora con la presencia de la pandemia que nos tocó vivir, la cual vino trajo consigo muchos cambios en la sociedad de forma negativa y también positiva, una de estas percepciones en algunas personas que se vio modificada fue la importancia de contar con salud mental y con ello la importancia de la asistencia al psicólogo ya que se vio modificando nuestro día a día de un momento a otro y con esto se dio un incremento de los casos de depresión o de ansiedad, al igual que la violencia intrafamiliar, ya que los contextos se vieron bastante modificados y con ellos nuestro actuar con ello.

Se perdieron bastantes vidas, nuestra forma de interactuar fue cambiada, las expresiones y formas de interactuar ya que teníamos de por medio un cubrebocas con el cual las gesticulaciones no se podían observar en su totalidad y que todo esto influyen en cómo nos perciben las demás personas ya que también la forma de dar terapia se vio modificada en muchas ocasiones se pusieron mamparas, se establecieron distancias en el

consultorio de 1.5 m lo que se estableció como medida de precaución, se dio un auge de las terapias en línea y creo que sería conveniente analizar que tanto estábamos preparados para emigrar a ese estilo de terapia porque en México era muy poca la población que daba ese servicio ahora se suele ver la propaganda de dar terapias online pero que tanto existen las condiciones para poder impartir esta forma de dar terapia.

Porque este tipo de práctica de “telepsicología” u “online” implica considerar una serie de requisitos legales, estándares éticos, formación en nuevas tecnologías para poder dar este tipo de terapia, políticas intra/interinstitucionales y que en muchas ocasiones en donde se toman las sesiones por parte del usuario o del mismo terapeuta no son las más recomendables para que se pueda seguir dando una confidencialidad, por lo que es de suma importancia estar permanentemente actualizados para mantener la vigencia de lo que suceden dentro de las sesiones psicológicas como lo menciona Jo y Almao (2001) en donde sugiere que algunas estrategias que se verían de estar implementando en el ejercer psicológico es establecer contactos telefónicos o de mensajería con los usuarios y no solo para darle un seguimiento en su asistencia.

También para ver sus modificaciones en la conducta a través del tiempo una vez dado de alta a la persona, también realizar capacitación y entrenamiento constante para el terapeuta, incluir intervenciones educativas con el fin de aclarar las posibles inquietudes originadas en el proceso, prevenir y anticipar la probabilidad de abandono mediante la exploración de prejuicios, creencias y expectativas que se puedan tener, además de evaluar permanentemente la relación usuario - psicólogo e intervenir institucionalmente para mejorar los diferentes procesos asociados con el acceso al servicio, para hacerlo mas fácil y más claro.

No solo es reportar y recoger datos positivos en temas relacionados a nuestro actuar en el labor psicológico dentro del área clínica, sino también las áreas de oportunidad, resultados negativos, para poder avanzar y ser más objetivos en nuestro

labor, así mismo tener una aproximación más real del proceso ya que somos humanos y tenemos cosas que mejorar y sería un utopía pensar que existen terapeutas y usuarios ideales.

Bibliografía

- Alcázar, R. J. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n5/0185-3325-sm-30-05-55.pdf>
- Ballesteros, F., Fernández, P., & Labrador, F.J. (2013). Factores que influyen en la duración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. *Anales de Psicología*, 29(1), 94-102. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574012>
- Beck, J.S. (2006). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
https://www.academia.edu/42236313/TERAPIA_COGNITIVA_beck_judith_s_terapia_cognitiva
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (2010). La relación terapéutica: aplicación a la terapia cognitiva. *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 21 (19). 51 – 62.
- Blackburn, I.M. y Davidson, K. (1990). *Cognitive Therapy for depression and anxiety*. Blackwell scientific.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. (2a ed.). Desclée De Brouwer. <https://ayudacontextos.files.wordpress.com/2018/04/manual-tec3b3rico-prc3a1ctico-de-psicoterapias-cognitivas-2a-ed.pdf>
- Cebolla, A., y Miró, M.T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66(67), 133-156. <http://revistadepsicoterapia.com/eficacia-de-la-terapia-cognitiva-basada-en-la-atencion-plena-en-el-tratamiento-de-la-depresion.html>
- Clinton, D. N. (1996). Why do eating disorder patients drop out?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 29-35.

- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 19(2), 205–221.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Dhab, J., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2007). Modelos explicativos de las ciencias del comportamiento – tratamiento cognitivo conductual. *Revista de la terapia cognitivo conductual*, (13), 1-5. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/depresion-2007.pdf>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. y Sacristán J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Revista atención primaria*, 41(6), 342-348. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656709001504>
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Editorial Desclée de Brouwer. https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/ellis_-_1989_-_prc3a3c2a1ctica_de_la_terapia_racional_emotiva1.pdf
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Freire, A. B. (1990). Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10(33), 221-227. <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15143/15009>
- García, A. y Rodríguez, J.C. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 25(96), 29-36.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a03.pdf>
- Gavino, A. & Godoy, A. (1993). Motivos del abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (66), 511-536.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7077521>

- Gimeno, P. A., Barrio, N. A. y Álvarez, M.T. (2018). Psicoterapia: marca registrada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 131-144. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0131.pdf>
- Ginarte, A. Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016
- Guerrero, G. (2016). *La predicción del abandono terapéutico a través de variables de construcción de significado: un estudio con clientes de la práctica privada*. [Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla]. Depósito de investigación Universidad de Sevilla.
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/36386/TESIS.RAFAEL%20GUERRERO%20G%2b%c3%b4MEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ibarra, O. y Morillo, R. (2017) *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. editorial Badalona
- Jo, T. y Almao, S. (2002) *Abandono del tratamiento en una consulta externa del psiquiatría y psicología clínica*. Revista Electrónica de portalesmédicos.com.
https://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm
- Kaiser Cornwall, A. M. (2021). *Competencias del terapeuta cognitivo conductual que promueven el empirismo colaborativo en el marco de la alianza terapéutica con adolescentes*. Universidad Católica de Pereira.
<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/8243/1/DDMEPCEPNA148.pdf>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile
- Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández, J. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos* (documento de la Sociedad

- Española para el avance de la Psicología Clínica de la Salud. Siglo XXI). *INFOCOP*, 17, 25-30. <https://hdl.handle.net/2454/28148>
- Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Editorial Siglo XXI
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. Basic Books.
- Mahoney, M. J., & Arnkoff, D. (1978). *Cognitive and self-control therapies*. Bergin
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Ballinger.
- Mateluna, X, Weldt, C., Almarza, E., & Reyes, M. (2005) Medición de la calidad del servicio de Salud Mental de un servicio de salud universitario en función de los índices de satisfacción de un grupo de usuarios. *Terapia psicológica*, 23(2), 45-54.
<https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=78523205>
- Moreno, J., Rozo, M., y Cantor, M. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(2), 23-34.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788007>
- Muñoz, E. (2004). *Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional de la UCM.
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/5188/1/T27495.pdf>
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014
- Pinilla, M. (2011). Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: Consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 9(1), 37-49. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1585>

- Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, (14), 1-16. <https://www.redalyc.org/pdf/4959/495950207002.pdf>
- Puente, F. G. (1985). Adherencia Terapéutica implicaciones en México. La vanguardia de la salud. <https://www.saptel.org.mx/biblioteca/libros/AdherenciaTerapeutica.pdf>
- Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A. (2017). La relación terapéutica en terapia cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (12), 1-6.
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-relacion-terapeutica-en-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87.
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1139>
- Rondón, Á. P., Otálora, I. L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023513007.pdf>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Ruiz, M.A. (1989). *El impacto de la psicología cognitiva en las terapias de orientación cognitivo-conductual*. UNED.
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Revista Norte de Salud Mental*, 8(33), 51-58.
https://www.researchgate.net/publication/271511147_Fracaso_abandono_y_cumplimiento_terapeutico_Failure_neglect_and_therapeutic_adherence
- Stallard, P. (2001). *Pensar bien-Sentirse bien: Manual práctico de terapia cognitivoconductual para niños y adolescentes*. Editorial Desclée de Brouwer.

- Vallejo, A.R. (2017). Factores influyentes en la eficacia de los procesos psicoterapéuticos en las prácticas clínicas institucionales. *Psicología Iberoamericana*, 25 (1), 58-67.
<https://www.redalyc.org/journal/1339/133957571007/html/>
- Velasco, A. P. y Hernández, E. (2016). Deserción al tratamiento en psicoterapia de mujeres víctimas de violencia de género. *Revista REDES*, (33), 27–36.
<https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/164>
- Velázquez, A., Sosa, J., Carmen, M., & Senties, H. (2013). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*, 18 , 315-340.
- Vellisca, M. Y., Latorre, J. I., Orejudo, S., Gómez del Barrio, A., Moreno, L., y Checa Esquivá, I. (2016). Motivo de abandono del tratamiento desde la perspectiva del paciente con un trastorno de la conducta alimentaria. *Universitas Psychologica*, 15(4), . <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy-15-4.matp>
- Waller, G., Schmidt, U., Treasure, J., Murray, K., Alenya, J., & Emanuelli, F. (2009) Problems across care pathways in specialist adult eating disorder services. *Psychiatric Bulletin*, 33 , 26–29. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.107.018325>
- Zaldívar, D. F. (2013). *Práctica psicoterapéutica*. Editorial Félix Varela.

Anexos

Anexo 1

Usuario	Sexo	Edad	Ocupación	Emancipación	Motivos por la discontinuidad del proceso los usuarios	Continuación de la terapia	Categoría
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							