



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**Esta tesis doctoral contiene un índice que enlaza a cada uno de los capítulos de la misma.**

**Existen asimismo botones de retorno al índice al principio y final de cada uno de los capítulos.**

**[Ir directamente al índice](#)**

**Para una correcta visualización del texto es necesaria la versión de [Adobe Acrobat Reader 7.0](#) o posteriores**

**Aquesta tesi doctoral conté un índex que enllaça a cadascun dels capítols. Existeixen així mateix botons de retorn a l'índex al principi i final de cadascun dels capítols .**

**[Anar directament a l'índex](#)**

**Per a una correcta visualització del text és necessària la versió d' [Adobe Acrobat Reader 7.0](#) o posteriors.**



José Joaquín Mira Solves, profesor asociado del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**CERTIFICA:**

Que D<sup>a</sup> Ines Castañeda Sanz ha realizado bajo mi dirección su memoria de tesis doctoral titulada ***Estudio sobre el abandono terapéutico en las consultas de salud mental***, cumpliendo con todos los objetivos previstos y finalizando su trabajo en forma satisfactoria para su defensa pública y capacitándola para optar al grado de doctor.

Lo que certifico en Alicante, a dieciocho de agosto de mil novecientos noventa y siete.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Mira Solves', is written over the text of the certification.



**UNIVERSIDAD DE ALICANTE**

**DEPARTAMENTO: PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**FACULTAD DE MEDICINA**

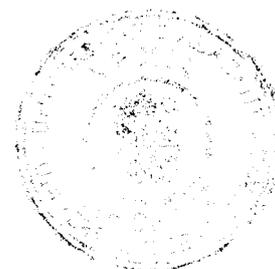


Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**TESIS DOCTORAL**

**"ESTUDIO SOBRE EL ABANDONO TERAPÉUTICO  
EN LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL"**

**INÉS CASTAÑEDA SANZ  
1997**



**DIRECTOR: DR. D. JOSÉ J. MIRA SOLVES**



## AGRADECIMIENTOS

*Mi agradecimiento al Dr. D. Pedro Angona del Rio (Coordinador del Equipo de Salud Mental "Jesús Cautivo" de Málaga), que me motivó para iniciar esta investigación.*

*Quiero agradecer al Director de esta tesis, Dr. D. José J. Mira Solves su inestimable contribución y aliento, que siempre estuvieron presentes en los contactos mantenidos durante la realización de este trabajo.*

*Al Dr. D. Francisco Rodriguez Salvoanés, del Departamento de Bioestadística del Hospital Princesa de Madrid, por su colaboración en este campo.*

*A mi hija Raquel, por su participación tanto en la búsqueda bibliográfica como en el trabajo informático, cuya ayuda y colaboración fueron fundamentales.*

*También dar las gracias a todos los pacientes y a los compañeros del Equipo de Salud Mental del Área 15 de la Comunidad Valenciana, por su participación y colaboración en esta investigación.*

*Finalmente a mi hermano Santos (Médico Reumatólogo del Hospital Princesa de Madrid), por mantener mi ánimo durante el largo tiempo que duró el presente trabajo, y a todos los amigos y compañeros por sus sugerencias, interés y ayuda.*

**INÉS CASTAÑEDA SANZ**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**INDICE**



**INDICE**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

***CAPITULO I***

***INTRODUCCION***

<b>1.- PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACION.</b> .....	2
<b>2.- PROBLEMAS EN LA DEFINICION DEL CONCEPTO DE “ABANDONO”</b> .....	14
<b>3.- LA EVALUACION DEL ABANDONO TERAPEUTICO</b> .....	27
<b>4.- LA INFLUENCIA EN EL ABANDONO DE DIVERSAS VARIABLES:</b>	
4.1.- Variables Demográficas influyentes .....	29
4.2.- Relación Terapeuta/ Paciente .....	55
4.3.- Expectativas del paciente frente a la terapia .....	62
4.4.- Otras circunstancias influyentes.....	70
4.5.- Momento en que se produce el “Abandono” .....	83
4.6.- Soluciones propuestas .....	90

***CAPITULO II***

***JUSTIFICACION DEL PRESENTE ESTUDIO***

<b>1.- JUSTIFICACION</b> .....	100
<b>2.- OBJETIVOS</b> .....	105



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**CAPITULO III**  
**MATERIAL Y MÉTODOS.**

<b>1.- ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL DENTRO DEL AREA 15 DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA</b>	
1.1.- Organización y Funcionamiento de las Unidades de Salud Mental ...	108
1.2.- Derivaciones procedentes de los Centros de Salud .....	115
1.3.- Derivaciones procedentes de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica .....	116
1.4.- Acceso de los pacientes a las consultas de Salud Mental en Benidorm y Villajoyosa .....	119
A - Solicitud de primeras consultas .....	119
B - Revisiones .....	121
C - Cambio de consultas previamente programadas .....	122
D - Atención urgente .....	123
<b>2.- DEFINICION DE “ABANDONO” Y CRITERIOS DE INCLUSION</b>	
2.1.- Definición de “Abandono Terapéutico” .....	124
2.2.- Criterios de inclusión en el estudio .....	126
<b>3.- VARIABLES CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO</b>	
3.1.- Grupos de variables .....	128
3.2.- Aclaraciones a algunas variables .....	131
<b>4.- INSTRUMENTO DE MEDIDA</b>	
4.1.- Elaboración y Validación de la hoja de recogida de datos .....	144
4.2.- Hoja de recogida de datos definitiva .....	146



Universitat d'Alacant  
 Universidad de Alicante

**MATERIAL Y MÉTODOS. (continuación).**

**5.- MUESTRA**

5.1.- Tamaño de la Muestra .....	148
5.2.- Método de selección de la muestra .....	150

**6.- PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS**

6.1.- Recogida de datos .....	154
6.2.- Localización de los pacientes .....	157

**7.- PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS .....** 161

**CAPITULO IV  
 RESULTADOS**

<b>1.- RESULTADOS .....</b>	<b>163</b>
1.1.- Resultados procedentes de los pacientes infantiles .....	168
1.3.- Resultados procedentes de pacientes adolescentes .....	182
1.4.- Resultados procedentes de pacientes adultos .....	197

**CAPITULO V  
 DISCUSION Y CONCLUSIONES**

<b>1.- DISCUSION .....</b>	<b>252</b>
<b>2.- CONCLUSIONES .....</b>	<b>287</b>



**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS** ..... 293

**ANEXOS**

**ANEXO I.- GRUPOS DIAGNÓSTICOS** ..... **I**

**ANEXO II.- INSTRUMENTO DE MEDIDA** ..... **V**

**ANEXO III.- INSTRUMENTO DE MEDIDA (PARA EL CORREO)**..... **XII**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ***CAPÍTULO I***

### ***INTRODUCCIÓN***



## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.- PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.**

Cuando se plantea realizar un balance de la práctica clínica, se constata con preocupación la existencia de un alto número de pacientes que interrumpen prematuramente el tratamiento.

El fenómeno de la interrupción prematura de los tratamientos constituye una preocupación compartida en todos aquellos profesionales que trabajan en el campo de la Salud Mental, ya que supone reiniciar en algunas ocasiones un trabajo que queda interrumpido, aún en el supuesto de que el paciente conozca la conveniencia de la continuación del mismo.

El abandono de los tratamientos puede producir efectos negativos tanto a nivel clínico como organizativo, profesional y/o económico como: no mejoría, empeoramiento, recidivas, incremento en el número de visitas, pruebas de diagnóstico innecesarias, frustración de los profesionales (ante un trabajo previamente preparado que se desaprovecha), tratamientos alternativos, medicamentos adicionales, hospitalizaciones innecesarias e incapacidad para constatar la eficacia de un régimen terapéutico previamente proyectado, con el consiguiente incremento económico que todas estas circunstancias conllevan.

El presente trabajo se ha centrado en estudiar la magnitud del abandono de las consultas de Salud Mental, haciendo referencia al paciente que tras obtener una cita programada para las consultas de psicología o de psiquiatría no acude a la cita de forma voluntaria, o bien interrumpe el tratamiento o la terapia iniciada, dejando de acudir sin previo aviso a la cita que le fue asignada.

Se trata, por tanto, de estudiar de forma concreta la ausencia de las consultas de Salud Mental, independientemente de que el paciente sea cumplidor o no con las pautas establecidas durante el tiempo de permanencia en los tratamientos.

Se detecta que a pesar de que algunos pacientes muestren un interés al menos aparente en un principio por la terapia, no acuden a las citas programadas, surgiendo posteriormente distintos tipos de respuestas en estos pacientes:

\* Unos reaparecen de forma súbita en las consultas cualquier otro día y a cualquier otra hora, exigiendo ser atendidos y mostrándose incómodos al no recibir atención con la urgencia que ellos demandan.

\* Otros desaparecen totalmente de la consulta, a pesar de haber detectado el terapeuta un claro interés por el trabajo que se había venido desarrollando durante las citas a las que asistieron. Se

considera que “desaparecen” ya que no vuelven ni a cambiar la cita, ni a desear ser atendidos fuera de las ya establecidas.

\* Otros reinician una o varias veces la terapia.

\* Otros demandan ser atendidos por otros servicios, dando por no válida una terapia de la que no se pueden conocer resultados, ya que en la mayoría de las ocasiones apenas se ha iniciado.

Se cuestiona, por tanto, qué es lo que motiva a que un paciente, que se ha mostrado inicialmente interesado por el trabajo terapéutico, a desaparecer de forma inesperada de las consultas.

El abandono terapéutico puede tomar formas muy diferentes, incluyendo por tanto respuestas intencionadas y voluntarias, así como no intencionales y casuales.

El efecto negativo que de forma inmediata se detecta es una disminución en la rentabilidad de la jornada diaria de trabajo, ya que se producen tiempos muertos y huecos en las consultas que raramente pueden ser empleados en otra actividad.

El origen de este estudio procede de haber detectado “ausencias” en las consultas, que no son provisionales sino que en muchos casos son definitivas, produciéndose por tanto “abandono terapéutico”, en ocasiones una vez iniciado el tratamiento y en otras sin iniciar.

Teniendo en cuenta el momento temporal en el que se produce el abandono, se puede generalizar en base a la revisión bibliográfica, que la interrupción de los tratamientos se localiza de forma generalizada principalmente:

\* Antes de iniciar el tratamiento, es decir el paciente no se presenta a la primera cita programada.

\* Después de la primera consulta.

\* En distintos momentos del proceso terapéutico (evaluación, tratamiento y seguimiento).

Meichembaum y Turk<sup>1</sup> han estudiado en profundidad el problema del abandono terapéutico, tratando de detectar factores que pudieran predecir y evitar el fenómeno.

El abandono de las consultas se produce en la mayoría de los casos sin que el terapeuta tenga conocimiento de las causas o motivos que llevan al paciente a cambiar su decisión de no acudir a la cita que anteriormente había solicitado, o bien le había sido programada desde la última consulta a la que acudió.

Seria conveniente diferenciar:

\* Que el paciente abandone definitivamente los tratamientos sin haber cumplido los objetivos terapéuticos establecidos.

\* Que el paciente interrumpa el tratamiento con la idea de continuarlo posteriormente.

\* Que el paciente abandone las consultas porque dé por terminada la terapia al haber satisfecho sus objetivos.

El hecho de que el terapeuta desconozca si la ausencia en las consultas es debida a que el paciente da por terminada la terapia, o si es debido a que el paciente suspende voluntariamente el tratamiento sin haber cumplido los objetivos establecidos, hace que se denominen “abandonadores” a todos los pacientes que desaparecen de las consultas sin tener en cuenta si el paciente ha dado por concluido el trabajo, o si lo ha dejado motivado por el desinterés, por expectativas negativas hacia los logros, o bien lo ha interrumpido por diversos motivos con el interés de reiniciar o continuar la terapia posteriormente.

El objetivo del estudio es, por tanto, no sólo diferenciar estas posiciones del paciente, sino conocer qué motivos han incidido en que estos fenómenos se produzcan.

Otra cuestión que parece importante tener presente cuando se habla de “abandono terapéutico”, es considerar si conlleva o no “el fracaso del proceso terapéutico”.

Si tenemos en cuenta al profesional, se habla de fracaso en tanto en cuanto se tienen presentes cuestiones como:

- \* Trabajo propuesto e inacabado.
- \* Pérdidas temporales en huecos que no se ocupan y que difícilmente son rentabilizados a nivel laboral.
- \* No resolución de la problemática del paciente que originó la demanda.
- \* Recidivas de los pacientes.

Visto el abandono desde el punto de vista del terapeuta, constituye un fracaso terapéutico, no porque la interrupción sea un fracaso en sí, sino en la medida en que no se llegan a alcanzar las metas terapéuticas establecidas.

En cambio, si se analizan los motivos que llevan al paciente a decidir dar por terminada la terapia, se puede considerar que el objetivo de la demanda del paciente en un determinado número de casos queda satisfecho, no percibiendo por tanto el propio paciente ningún tipo de fracaso.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el proceso terapéutico, se detecta que en numerosos casos existe discrepancia entre los objetivos esperados por el paciente y los perseguidos por el terapeuta. Esta discrepancia se manifiesta en numerosas ocasiones en un deseo expreso del paciente de ser dirigido a lo largo de la terapia, presentando una actitud pasiva propia de un

“sujeto paciente”, mientras que el terapeuta se esfuerza en que se produzca una actitud activa, dirigiendo al paciente para conseguir que tome sus propias decisiones.

También se ha de tener en cuenta que los pacientes mantienen creencias sobre su salud y sobre la eficacia terapéutica en las que intervienen concepciones erróneas, información equivocada, distorsiones cognitivas, además de sentimientos de miedo, culpa o vergüenza, que pueden estar repercutiendo en el abandono terapéutico.

Por tanto, la interrupción del proceso terapéutico aparece como un problema clínico complejo, sujeto a valoraciones subjetivas y que no puede interpretarse de forma automática como un fracaso.

El profesional considera su trabajo fracasado cuando el paciente consume las consultas dedicadas a la evaluación, no aprovechando e ignorando el esfuerzo empleado en planificar la terapia, al interrumpir el propio paciente de forma voluntaria e inesperada el trabajo terapéutico.

Todas estas circunstancias ejercen una gran influencia, tanto en la efectividad del trabajo clínico, como en la rentabilidad de las consultas de Salud Mental.

Diversas investigaciones han analizado tanto la interrupción, como el abandono de los pacientes a los tratamientos.

McGrogan<sup>2</sup> valora el abandono terapéutico como una problemática de difícil solución en el campo de la Salud Mental.

Hay autores que defienden que la decisión del paciente de abandonar el tratamiento puede ser un proceso de toma de decisión activa. En esta línea encontramos estudios que defienden el “abandono terapéutico” como conducta adaptativa. Adelman y Taylor<sup>3</sup>, Conrad<sup>4</sup>, Deaton<sup>5</sup>, Gerber y Nehemkis<sup>6</sup>, Hayes-Bautista<sup>7</sup>, Leventhal, Zimmerman y Gutmann<sup>8</sup>, Stimson<sup>9</sup>, y Weintraub<sup>10</sup>. Todos ellos han defendido que el abandono terapéutico no tiene porque ser siempre necesaria y forzosamente inadaptable, sino que en algunos casos puede representar un intento por parte del paciente para ganar algún control sobre su enfermedad.

El mayor número de investigaciones sobre el abandono de los tratamientos se encuentra en el campo médico.

Masek<sup>11</sup> considera que es difícil determinar de forma concreta el abandono terapéutico, encontrándose la media entre un 30% y un 60%.

Sackett y Snow<sup>12</sup> indican que el porcentaje de abandonos de citas previas al inicio del tratamiento se encuentra entre un 20% y un 50%.

Según Firestone<sup>13</sup> el 20% de los padres interrumpen la medicación de los hijos al cabo del cuarto mes, el 50% al décimo mes y

únicamente el 10% vuelve a consulta antes de dar por finalizado el tratamiento.

Dunbar y Agras<sup>14</sup> establecen entre un 20% y un 80% la tasa de pacientes que abandonan programas encaminados a promover cambios en el estilo de vida relacionados con la obesidad, el tabaco y el manejo del estrés.

Para Garfield<sup>15</sup> más de un tercio de los individuos que acuden a consulta y que son considerados como candidatos a una psicoterapia, rechazan el tratamiento cuando se les brinda la oportunidad.

Klein y Carroll<sup>16</sup> estudian el comportamiento de los pacientes pertenecientes a un grupo de terapia ambulatoria, y encuentran que el 41% nunca asistió a una sesión y entre aquellos que lo hicieron, de un 25% a un 57% abandonaron prematuramente el grupo.

Doay<sup>17</sup> se centra en su estudio sobre el abandono temprano en terapias breves, detectando que el fenómeno se produce independientemente de la temporalidad o duración de los procesos terapéuticos.

Baekeland y Lundwall<sup>18</sup> exponen, como resultados de su investigación, que el paciente permanece en consulta un número muy limitado de veces e indican que aproximadamente el 20% de

los pacientes que comienza la terapia, no acuden nada más que a la primera sesión y el 56% de pacientes no acude a más de cuatro sesiones.

Por otra parte, Burstein<sup>19</sup> estima que la tasa de abandono para pacientes tratados de trastorno por estrés postraumático es del 81% .

Beckham<sup>20</sup> resalta el porcentaje de pacientes que no concluyen los tratamientos en Salud Mental.

Del trabajo realizado con una muestra de 93 pacientes, obtiene como resultado que:

- \* 24 pacientes continúan los tratamientos (26%).
- \* 31 pacientes los abandonan (33%).
- \* 38 pacientes se pierden (los considera muerte experimental) (40%).

Hunt y Andrews<sup>21</sup> obtienen como resultado del trabajo realizado con una muestra de 432 pacientes diagnosticados de ansiedad que:

- \* El 17% abandonan la terapia.
- \* El 50% continúan los tratamientos.
- \* El 33% se pierde ( Los considera muerte experimental).

Mosher y Pearl<sup>22</sup> en un trabajo realizado con una muestra de 180 pacientes de tercera edad, obtienen que el 12% termina la terapia y el 59% son continuadores, por lo que existe un 29% a los que consideran muerte experimental.

Pekarik<sup>23</sup> a nivel general centra la tasa de abandono de las consultas en un 50%.

Matas, Staley y Griffin<sup>24</sup> consideran que el abandono de las consultas es un problema que afecta a nivel general al área sanitaria, siendo superior la tasa de abandono cuando se produce en las consultas de Salud Mental, oscilando entre un 20 y un 50%. Añaden que los costes que se producen se materializan en:

- \* Aumento de las listas de espera.
- \* Gastos profesionales.
- \* Empobrecimiento en la atención asistencial.

También encuentran que existe una alta correlación entre la rehospitalización y el abandono de las consultas, añadiendo que los pacientes remitidos desde las urgencias hospitalarias son tres veces más abandonadores que los pacientes remitidos desde las unidades de hospitalización psiquiátrica, después de haber sido dados de alta en las mismas.

No podemos dejar de citar posiciones de defensa al trabajo terapéutico, a pesar de que el paciente abandone las consultas. En

esta línea entre los primeros estudios se encuentra el de Luborsky, Auerbach, Chandler y Cohen<sup>25</sup> defendiendo que el abandono de las consultas no indica que exista un fracaso terapéutico, ya que es evidente que la mejora del paciente está asociada a la terapia más allá de los contactos iniciales. Por otro lado, admiten que la terminación prematura de los pacientes es un problema que afecta principalmente a las consultas de Salud Mental, por lo que el interés de los investigadores se dirige a encontrar maneras de actuar dirigidas a disminuir el abandono de las consultas.

## 2.- PROBLEMAS EN LA DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE "ABANDONO".

Sobre la ambigüedad del concepto se encuentra el trabajo de Chameides y Yamamoto<sup>26</sup> con un estudio realizado con 153 historias clínicas de las que 98 eran abandonadores; retomaron éstos y centraron el estudio en 51 abandonos, de los cuales ninguno de ellos había recibido tratamiento posteriormente.

El estudio se efectuó en una unidad hospitalaria donde habían acudido los 153 pacientes en crisis, y que posteriormente fueron derivados a consultas externas.

Dentro de este grupo de 153 pacientes observados, se pudieron hacer tres grandes grupos:

- \* Los que comenzaron y posteriormente abandonaron.
- \* Los que nunca fueron a consulta externa.
- \* Los que siguieron tratamiento.

Los dos primeros grupos totalizaron el 64% del total, por lo que únicamente el 36% siguió tratamiento.

Con objeto de conocer el motivo de abandono, los pacientes fueron entrevistados y se detectó que exponían múltiples razones, para justificar porqué no volvieron, que no estaban relacionadas ni con el tratamiento ni con el terapeuta. La mayor parte de las

justificaciones estaban basadas en horarios, distancia y otras ocupaciones, o bien, que querían mejorar por si mismos; otros dijeron que el motivo de no volver a consulta radicaba en que habían mejorado. Tampoco se observaron diferencias significativas relacionadas con los distintos terapeutas (psiquiatras, psicólogos, médicos residentes, trabajadores sociales, etc..).

De los pacientes no localizados se recabó que el 70% había recibido cuidados en otros centros, o bien habían sido hospitalizados.

En la investigación realizada por Sassen<sup>27</sup> se detecta también que existe ambigüedad en el concepto de paciente abandonador. El autor diferencia dos tipos de abandonadores a los que denomina "terminadores" y "disconformes" con el tratamiento.

Se basa el estudio en evaluar las expectativas del paciente frente al tratamiento. Se apoya la investigación a nivel conceptual en la "discrepancia cognitiva de Festinger", en base a que es difícil mantener una disonancia entre las expectativas del paciente y el tratamiento cuando las pautas del mismo no se ajustan a lo esperado por el paciente.

El estudio denominó "abandonadores" a aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento entre la cuarta y quinta sesión, y concluye que se produce abandono cuando existe una

discrepancia entre las expectativas con las que el paciente acude a terapia y los resultados que obtiene con el tratamiento, produciéndose el abandono en el momento de no lograrse el ajuste esperado. Centrándose en el estudio sobre la disonancia cognitiva, se encuentra también el trabajo de Escrivá<sup>28</sup>.

Morrow, Del Gaudio y Carpenter<sup>29</sup>, en base a su investigación sobre 221 casos de abandonos, concluyeron que existe una errónea conceptualización del término “abandono”, ya que:

- \* Unos autores consideran que no existe abandono terapéutico cuando el paciente permanece en consulta hasta que el terapeuta da por terminado el tratamiento por haberse producido la mejora esperada.

- \* En otros casos en que en un principio se determinó que se había producido “abandono terapéutico”, posteriormente no se consideró abandono cuando los pacientes retomaron de nuevo las consultas.

- \* Los resultados del estudio establecieron que los abandonos basados en tener en cuenta un número determinado de sesiones, llevaron a categorizar de abandonos a los que no se consideraron como tales cuando se estudiaron de nuevo los datos clínicos.

- \* Teniendo en cuenta el análisis de las variables utilizadas, se observa que el concepto de abandono se utiliza erróneamente y de

forma “no explícita” ya que no se operativiza en qué consiste “el abandono”.

Los citados autores, encuentran errores metodológicos, puesto que:

\* No existe una definición clara del concepto “abandono”, por lo que esta conceptualización ambigua del término hace que se utilice indebidamente.

\* Deducen que en algunos estudios se toma la variable número de sesiones de terapia para determinar quien abandona un tratamiento y quien no, considerando erróneo establecer el abandono en base a este parámetro.

\* No está determinada la duración del tratamiento.

Después de retomar de nuevo los casos de abandono en esta investigación, los autores establecen una diferenciación entre los pacientes que abandonan los tratamientos sin haber cumplido los objetivos establecidos y aquellos pacientes que dan por terminado el tratamiento por considerar que han solucionado su problema.

Los autores establecen como características del paciente que abandona los tratamientos:

- \* No tener voluntad de seguir el tratamiento.
- \* No querer seguir un tratamiento.
- \* Dar por terminado el tratamiento y no tener interés en otra terapia.
- \* No atender las indicaciones del terapeuta.

Indican igualmente como características del paciente que da por terminado su tratamiento:

- \* Dar por terminada la terapia sin haber establecido un consenso entre el paciente y el terapeuta, bien porque el paciente creyera que no era necesario seguir, bien porque considerara que era inapropiado el tratamiento.

Otro de los errores detectados consistía en que existían pacientes que habían sido considerados abandonadores, cuando en realidad se detectó que habían seguido tratamiento en consultas privadas.

Carlson<sup>30</sup> también centró su estudio en la ambigüedad existente en la terminación prematura de los tratamientos.

Lawrence<sup>31</sup> consideró en su trabajo que, en los últimos treinta años, se había investigado el fenómeno del abandono sin llegar a conclusiones claras.

En su estudio trató de contactar personalmente con los pacientes adultos que después de haber asistido a la primera consulta no volvieron a las mismas.

Lawrence<sup>31</sup> define al paciente “abandonador” como el paciente adulto de más de veintidós años que, habiendo acudido a la primera o más citas no volvió a las siguientes citas programadas, no volviendo a contactar con el terapeuta en un espacio de tres meses. También incluyó aquellos pacientes que, habiendo estado ingresados, no acudieron a la primera cita en consultas externas durante el mismo espacio de tiempo, o hasta un nuevo ingreso hospitalario; todos ellos fueron definidos como terminadores prematuros de terapia.

Pekarik<sup>32</sup> en la investigación que realiza al respecto, considera necesario diferenciar entre “abandonadores precoces” y “abandonadores tardíos”.

La ambigüedad del concepto de abandono también la retoma Sánchez<sup>33</sup>, en un trabajo realizado en un Centro de Salud Mental de Oviedo que distingue diversos tipos de “demandas”, lo que produce distintos tipos de pacientes abandonadores.

1.- Demanda que denomina “Terapéutica”, que es la que surge como respuesta a la solicitud del paciente.

2.- Demanda que denomina "Institucional", que surge como reconocimiento a la demanda de la propia Institución en función de la capacidad o incapacidad de otros profesionales de asumir responsabilidades o de manejar los problemas relacionales que surjan.

3.- Demandas procedentes de la propia inseguridad de la Institución en sí, que surgen por razones que preocupan a la propia Institución.

En esta misma línea Duro<sup>34</sup> señala: "En muchos casos los usuarios son derivados "administrativamente" al "Especialista" (Servicios de Salud Mental) por los Médicos Generales o de Atención Primaria sin que ellos lo hayan solicitado y por supuesto sin tener la elección de ir o no".

Papach-Goodsitt<sup>35</sup>, teniendo en cuenta las opiniones de numerosos terapeutas que mantienen que los pacientes abandonadores son "pacientes perdidos" que siguen necesitando ayuda psicológica, realiza un trabajo con 64 pacientes externos pertenecientes a una clínica urbana, que habían estado asistiendo a psicoterapia semanal durante 18 sesiones. Realiza un seguimiento cinco años después del abandono y encuentra:

\* Que el 50% habían sido considerados abandonadores en base a haberse mantenido poco tiempo en terapia.

\* Los pacientes abandonadores habían presentado un funcionamiento satisfactorio en las sesiones, lo mismo que los pacientes que continuaron.

\* Los pacientes abandonadores estaban igualmente satisfechos con las sesiones que los pacientes que continuaron en terapia.

\* Que si el paciente se mantiene en un largo número de citas, el terapeuta detecta logros, aunque el paciente no los perciba.

Concluye indicando que la definición de abandono debe de ser revisada, pareciéndole conveniente diferenciar:

\* Que existen pacientes abandonadores que no mejoran en absoluto.

\* Que otros pacientes mejoran, pero que la mejoría no es debida al tratamiento.

\* Que los profesionales deberían considerar dejar de utilizar el término de "abandono" cuando se asumen fallos no relacionados ni con el tratamiento ni con el terapeuta.

\* Por último indica que sería necesario conocer qué cambios de los detectados en el sujeto son debidos a la terapia, y qué otros cambios que se producen en el sujeto a nivel general.

Garfield<sup>36</sup> defiende que es necesario clarificar el concepto de “abandonador”, y considera que se debería hablar de “rechazador” cuando no se comienza la terapia y abandonador cuando ya se ha iniciado la misma. Las conclusiones expuestas por el autor son posteriores a un anterior trabajo en el que estudia en qué momento terapéutico se produce el abandono de las consultas.

En este mismo sentido un estudio de Navarro-Góngora<sup>37</sup> considera que sería necesario la estandarización de criterios a tener en cuenta para determinar cuando a un paciente se le considera “abandonador”.

En su estudio realizado con 72 pacientes, el 63% no pudo ser encuestado y únicamente 25 sujetos respondieron a la encuesta telefónica. De los 25 pacientes contactados, el 72% informaron sobre resultados positivos después de una única primera entrevista.

En este trabajo, diferencia grupos de pacientes a los que denomina:

“Desertores”.- Pacientes que solicitan terapia, pero que no acuden a la primera entrevista.

“Abandonadores”.- Pacientes que dejan de acudir a terapia una vez que han comenzado. En este grupo distingue dos tipos de abandonos: “tempranos” y “avanzados”.

“Recaídas”.- Dentro de este grupo de pacientes con recaídas incluye a aquellos pacientes que mejoran con el tratamiento, pero que transcurrido un intervalo variable vuelven a empeorar.

“Deterioros”.- Grupo de pacientes que agravan sus problemas durante o por causa del tratamiento.

“Mejorías ligeras o cambios mínimos”.- Resultados que se detectan en un grupo de pacientes de los que inician una terapia.

“Fallo en conseguir las metas propuestas”.- Grupo de pacientes que, aún siguiendo terapia, no consiguen alcanzar los objetivos terapéuticos.

“Falta de interés en la terapia”.- Grupo formado por aquellos que acuden a terapia, pero no se interesan por las condiciones de trabajo que propone el terapeuta.

Considera Navarro-Góngora<sup>37</sup> que aunque la definición de “Abandono” está claramente delimitada, la multiplicidad de criterios que utilizan los diferentes estudios dificulta la clarificación y concreción del concepto.

Expone que dentro de los parámetros a tener en cuenta en los estudios de los fracasos terapéuticos, se encuentran los debidos al modelo de terapia, a las características del terapeuta y al propio contexto. Considera también como variables influyentes la psicopatología, los problemas graves de conducta y la discrepancia entre las expectativas y metas a conseguir.

El autor hace referencia a un trabajo de Presley<sup>38</sup> realizado sobre abandonos terapéuticos.

Destaca la dificultad para contactar con los pacientes abandonadores. Expone que no pudieron ser contactados el 63% de una muestra de 72 pacientes abandonadores.

De sus resultados recoge que un 72% de los 25 pacientes contactados manifestaron haber obtenido resultados positivos de la única entrevista realizada.

Interpreta el autor que ésto indica la posibilidad del paciente de movilizar sus propios recursos para salir de la situación, utilizando el apoyo social y/o cambiando su contexto situacional.

También recoge en su estudio, que parece significativo que el 89% de los pacientes que mejoraron simpatizaron con el terapeuta y se sintieron comprendidos.

De las variables estudiadas no se encontró clara significación en la relación entre la mejoría y el nivel educativo o laboral.

Los resultados de este estudio indican, según concluye el autor, que el hecho de que los clientes abandonen la terapia no ha de interpretarse sin más como un índice de fracaso, ya que el 72% de los consultados informaron de mejoras en su situación y cerca del 50% de este grupo atribuyó la mejora al contacto con la terapia, por lo que queda subrayada la importancia de los contactos terapéuticos muy breves.

Pekarik<sup>23</sup>, basándose en la valoración de los síntomas de los pacientes antes y después de los tratamientos, realiza un estudio con 158 pacientes iniciales, de los cuales 127 pacientes (88%) son localizados y entrevistados, de los que 94 eran adultos y 33 niños, (de estos últimos toma la información a través de los padres).

De los resultados de su trabajo se desprende que, en los abandonadores tempranos (medidos en la asistencia a una o dos citas), se detectaron menos diferencias que en los pacientes que se mantuvieron en consulta tres o cuatro veces.

También considera que la valoración de síntomas fue mayor en la muestra de pacientes adultos que en la de pacientes infantiles.

El resultado es que no aparecen diferencias significativas entre los pacientes que abandonaron antes las consultas y aquellos que permanecieron más tiempo en terapia.

Concluye el autor diciendo que, cuando se habla de abandonos terapéuticos, se debería diferenciar el tiempo de permanencia en las consultas y señalar la mejoría obtenida.

Por lo que teniendo en cuenta lo expuesto por los diferentes autores sería conveniente diferenciar:

\* Cuando el paciente abandona definitivamente los tratamientos sin haber cumplido los objetivos terapéuticos establecidos.

\* Cuando interrumpe el tratamiento con la idea de continuarlo posteriormente.

\* Cuando da por terminada la terapia por haber satisfecho sus objetivos.

El objetivo del estudio es por tanto no solo diferenciar estas posiciones del paciente, sino conocer qué motivos han incidido en que estos fenómenos se produzcan.

### 3.- LA EVALUACIÓN DEL ABANDONO TERAPÉUTICO.

En cuanto a la forma de evaluar el abandono de los tratamientos, diversos autores han efectuado revisiones sobre este tema: Caron<sup>39</sup>, Epstein y Cluss<sup>40</sup>, Gordis<sup>41</sup>, Masek<sup>11</sup>. Todos ellos han señalado que cada forma de evaluar entraña sus propias limitaciones.

Los autores citados establecen campos significativos de agrupación de las variables, que centran en:

- \* Variables del propio paciente.
- \* Variables del proceso terapéutico.
- \* Variables de la relación terapeuta/paciente.

#### Variables del propio paciente enumeradas:

- \* Características demográficas del propio paciente.
- \* Gravedad del diagnóstico.
- \* Concepto de salud/enfermedad.
- \* Expectativas ante el tratamiento.
- \* Aceptación del problema.
- \* Estado de ánimo.
- \* Apoyo social.
- \* Apoyo familiar.
- \* Compatibilidad e incompatibilidad de horarios de consulta y laboral.



Variables del proceso terapéutico citadas:

- \* Lista de espera.
- \* Tiempo de espera en consulta.
- \* Continuidad terapéutica, valorada por tiempo entre citas.
- \* Costes del tratamiento, valorados en esfuerzos a realizar por el paciente.
- \* Duración del tratamiento.

Variables de la relación terapeuta/paciente enumeradas:

- \* Empatía.
- \* Comunicación adecuada e inadecuada.
- \* Grado de satisfacción e insatisfacción del paciente.

Kals<sup>42</sup> ha sugerido que conocer las características del régimen terapéutico, es decir, del tratamiento en sí, nos aporta pautas significativas sobre las probabilidades de continuidad o abandono terapéutico.

La complejidad del problema en estudio lleva a desacuerdos en las conclusiones a las que llegan los distintos autores: Baar<sup>43</sup>, Good<sup>44</sup>, Jurich<sup>45</sup>, Lawrence<sup>31</sup> y Nielsen<sup>46</sup> en sus diferentes trabajos de investigación sobre el tema, por haber afrontado la cuestión desde muy distintos puntos de vista, estableciendo hipótesis no coincidentes, ante el estudio de diversas variables que han pretendido encontrar indicadores del fenómeno del abandono.

#### **4.- LA INFLUENCIA EN EL ABANDONO TERAPÉUTICO DE DIVERSAS VARIABLES.**

Se han agrupado las distintas investigaciones revisadas en base a las variables supuestamente predictoras de la interrupción de los tratamientos en :

- 1.- *Variables demográficas influyentes.*
- 2.- *Relación terapeuta / paciente.*
- 3.- *Expectativas del paciente frente a la terapia.*
- 4.- *Otras circunstancias influyentes.*
- 5.- *Momento de producirse el abandono.*
- 6.- *Soluciones propuestas.*

##### **4.1.- VARIABLES DEMOGRÁFICAS INFLUYENTES**

Los estudios revisados centrados en estudiar las características demográficas del paciente han intentado establecer algún tipo de relación entre estas y el abandono, tratando de encontrar “indicadores” que permitan establecer el perfil del paciente “abandonador” con objeto de poder predecir a priori el fenómeno del abandono: Beitman<sup>47</sup>, De Loach<sup>48</sup>, Hasak<sup>49</sup> y Frederick<sup>50</sup>.

La mayoría de los estudios revisados coinciden en no poder constatar características concretas que permitan establecer un perfil del paciente que abandona la terapia, aunque también se detecta un gran número de trabajos que señalan haber encontrado

características significativas que aparecen con más frecuencia en el paciente que abandona. En esta línea señalan:

- \* Sexo.
- \* Edad.
- \* Estado civil.
- \* Nivel cultural.
- \* Situación laboral.
- \* Lugar de residencia.
- \* Forma de residir.
- \* Experiencia terapéutica.

Numerosos estudios han centrado sus investigaciones en el estudio de variables demográficas y en las expectativas del paciente y del terapeuta. En esta línea se encuentran autores como Vail<sup>51</sup>, Kelner<sup>52</sup> y Beckham<sup>20</sup>.

Dentro de las primeras investigaciones se encuentra la de McNair, Lorr y Callahn<sup>53</sup>, dirigida a encontrar variables significativas predictoras del abandono, tanto del paciente como del terapeuta.

La investigación se realiza con una muestra de 282 pacientes, de los cuales 106 son abandonadores. Encuentran características demográficas diferentes entre los que abandonan y los que continúan el tratamiento pero no encuentran características significativas correspondientes al terapeuta.

Obtienen que el perfil de los pacientes abandonadores es el siguiente:

- \* Que los sujetos no se sentían ansiosos ni insatisfechos consigo mismos, pero tenían antecedentes antisociales.
- \* Eran impulsivos y no dependientes. Mantenían posturas rígidas, autoritarias e irracionales expresadas en el área social.
- \* Que los pacientes abandonadores tenían peor educación y más baja clase social.
- \* Que tenían más bajo el desarrollo a nivel de comunicación oral.
- \* Que admitían no tener ansiedad ni conductas neuróticas.
- \* Que constaba en su historia clínica haber tenido problemas antisociales .y/o con la Ley.
- \* Que estaban poco interesados en terapias basadas en la comunicación verbal.
- \* Que no demostraban estar insatisfechos con sus propias conductas.

Los autores señalan que el estudio base de su investigación indica que no se encontraron variables predictoras de los abandonos.

Ambos estudios coinciden en considerar que no existe acuerdo en la conceptualización del “abandono” en cuanto a que no se establece a partir de qué sesión se determina “abandono del tratamiento”.

También encuentran que existen pacientes que terminan el tratamiento sin tener en cuenta las indicaciones del terapeuta.

Baekeland y Lundwall<sup>18</sup> realizan una revisión de la literatura existente veinte años atrás, en la que los diferentes autores indican las variables demográficas que encuentran más predictoras del abandono de las consultas.

De los resultados obtenidos por los diferentes autores recogen:

\* En 16 de los 51 estudios revisados, la edad resultó influyente en el abandono de las consultas en un 31,4% de los trabajos revisados.

\* En 13 de los 29 estudios revisados, el sexo resultó influyente en el abandono de las consultas en un 44,8% de los trabajos revisados.

\* En 35 de los 57 estudios revisados, el estatus social resultó influyente en el abandono de las consultas en un 41,9% de los trabajos revisados.

\* En 19 de los 19 estudios revisados, el aislamiento social resultó influyente en el 100% de los trabajos revisados.

\* En 20 de los 41 estudios revisados, la estabilidad social y laboral resultó influyente en el abandono de las consultas en un 44,4% de los trabajos revisados.

\* En 9 de los 11 estudios revisados, la personalidad pasivo-agresiva resultó influyente en el abandono de las consultas en un 81% de los trabajos revisados.

Garfield<sup>54</sup> revisa el trabajo de Baekeland y Lundwall<sup>18</sup> sobre el abandono de los tratamientos y la relación establecida por estos con las variables demográficas sexo y edad, y considera que a pesar de que estos autores aportaran luz sobre el tema en estudio, y que algunas conclusiones pudieran llegar a generalizarse, a pesar de no poderse aplicar a situaciones específicas, según Garfield<sup>54</sup> la edad no es un valor predictivo para justificar el abandono de las consultas.

Admite que en los estudios encontrados realizados entre 1955 y 1961 la edad era considerada un factor predictivo del abandono de las consultas por los diferentes autores salvo por Weiss y

Schaie<sup>55</sup>, pero que posteriormente los diferentes estudios realizados han descartado que la edad o el sexo fuesen valores predictivos del abandono.

Garfield<sup>56</sup> critica la revisión realizada por Stern, Moore y Gross<sup>57</sup> sobre estudios anteriores (Gibby, Stotsky, Hiler y Miller<sup>58</sup>, Rubinstein y Lorr<sup>59</sup>, Lorr, Katz y Rubinstein<sup>60</sup>, McNair et al<sup>53</sup>) señalando que Stern et al<sup>57</sup> hipotetizaban que se estaban confundiendo las características de personalidad de los pacientes abandonadores con las características dependientes del nivel socio cultural. Stern et al<sup>57</sup> indicaron que un error metodológico serio consistía en no haber operativizado y establecido las características de la clase social con las que se trabajaba en los diferentes estudios de investigación.

Posteriormente, Stern, Moore y Gross<sup>61</sup> replicaron a Garfield<sup>56</sup> diciendo que no compartían la idea mantenida por éste, de que la clase social fuese un determinante del abandono terapéutico, ya que no existía un control específico sobre la clase social.

Añaden Stern et al<sup>61</sup> que cuando se habla de nivel educacional, se mide generalmente el nivel intelectual y defiende que cuando se habla de clase social no se puede hablar de una sola variable, sino del conjunto de variables que midan educación, información, vocabulario, estatus social y económico, para que estas variables medidas en conjunto resulten significativas.

El trabajo de investigación publicado por Haygood<sup>62</sup>, realizado en la Universidad de Alabama, coincide con otros trabajos en no encontrar en los pacientes abandonadores características personales significativas, tampoco encuentra indicadores relacionados con el tratamiento ni con el terapeuta.

En este estudio también se hace alusión a las expectativas del sujeto y su discrepancia con el tratamiento concreto que se le plantea al paciente.

Concluye la investigación en los puntos siguientes:

- 1.- Considera dos grupos de pacientes abandonadores, los que abandonan rápidamente y los que lo hacen más tarde.
- 2.- Que no existen variables en las que fundamentarse para determinar porqué el paciente abandona antes y porqué lo hace más tarde.
- 3.- Que los sujetos que tardaron más en abandonar obtuvieron alguna mejoría.
- 4.- Que la existencia de discrepancia entre expectativas y la realidad planteada en los tratamientos influye en los abandonos, y que podría ser indicativo de con qué características del tratamiento se podrían conseguir mejores resultados, abriéndose un nuevo campo de investigación.

El trabajo que presentan hace referencia a una investigación hecha en una clínica de Psicología de la Universidad de Alabama, en la que se llega a las siguientes conclusiones:

- \* Se detecta una discrepancia sentida por el paciente entre sus expectativas previas y la realidad que encuentran en la terapia, y que esta discrepancia es uno de los factores que motivan el abandono del paciente.
  
- \* No se encuentran variables relacionadas con las características del sujeto que pudieran influir en los abandonos.
  
- \* No se encuentran variables influyentes debido a los tratamientos.
  
- \* Las características personales de los terapeutas pueden considerarse algo significativas, pero también se observa que no influyen en los abandonos en cuanto al tiempo de permanencia del paciente en consulta, ya que se encuentra que tanto en el grupo de pacientes que abandona prematuramente, como el que tarda más en abandonar existen sujetos que conceptualizan tanto positivamente como negativamente al terapeuta.

Pekarik<sup>63</sup> menciona también que el mayor número de estudios se han dirigido a encontrar características demográficas tanto del paciente como del terapeuta, no habiéndose encontrado

consistencia en la relación entre los motivos de abandono y las variables demográficas en estudio.

Baekeland y Lundwall<sup>18</sup> estudiaron la incidencia en el abandono de las consultas de diversos factores como:

- \* Características demográficas.
- \* Rasgos de personalidad.
- \* Expectativas.
- \* Ansiedad.
- \* Síntomas.
- \* Actitudes de los terapeutas.
- \* Tipos de tratamiento.

Terminan diciendo que aunque la asociación de variables y el desgaste de los pacientes se han encontrado en muchas investigaciones asociadas al abandono de las consultas, no se han encontrado predictores del abandono terapéutico, y de existir alguna variables asociada descartan su significación, ya que consideran que no es posible que no se haya encontrado teniendo en cuenta el elevado número de investigaciones realizadas por distintos autores.

Vieale-Val, Rosenthal, Curtiss y Marohn<sup>64</sup> realizaron un trabajo sobre abandono de psicoterapia en adolescentes. Estudian variables demográficas y diferencian seguidores y abandonadores. Los autores no encuentran diferencias

significativas entre adolescentes y adultos en cuanto al número de abandonos. Por otro lado detectan que los pacientes que presentan síntomas externos abandonan menos que aquellos que presentan conductas suicidas o un bajo rendimiento escolar. También encuentran que se observan menos abandonos en las terapias experimentales en el grupo de adolescentes.

Suzuki<sup>65</sup> estudia si existen diferencias entre los abandonos que se producen entre adolescentes y adultos, centrándose en características demográficas y concluye que no existen diferencias significativas.

Greenspan y Kulish<sup>66</sup> investigan sobre factores influyentes en la terminación prematura en psicoterapias de larga duración.

Rabin, Kaslow y Rehm<sup>67</sup> buscan factores demográficos influyentes en la continuación de las terapias.

Scogin, Belon y Malone<sup>68</sup> realizan un trabajo de investigación en una clínica rural sobre la duración y permanencia en psicoterapia, basándose igualmente en factores demográficos.

Solovei<sup>69</sup> realiza un estudio sobre variables demográficas relacionadas con el abandono, y considera que podrían ser indicativas las impresiones de los terapeutas sobre los propios pacientes. Estudia un total de 1.324 pacientes, pertenecientes a un

centro de salud urbano, a los que realiza un seguimiento durante cinco años.

En sus resultados obtiene un índice de abandono de un 17%, e identifica dos grupos de abandonadores:

- 1.- Al que se asigna un terapeuta fijo (187 sujetos).
- 2.- Sin terapeuta de referencia (38 sujetos).

Concluye indicando que el abandono se correlaciona con:

- \* Tener problemas graves.
- \* Intentos de suicidio.
- \* No conciencia de enfermedad.
- \* Menor motivación.
- \* Baja autoestima.
- \* Necesidad de más soporte.
- \* No tener asignado un terapeuta de referencia.

Toia<sup>70</sup>, en un trabajo sobre las variables clínicas asociadas con el rechazo del tratamiento y abandono de psicoterapia, trata de determinar si existen variables demográficas influyentes del propio paciente o del terapeuta.

Efectúa un estudio de 26 factores que agrupa en 6 grupos de variables:



- \* Estado civil.
- \* Forma de vida.
- \* Problemas que presenta el paciente.
- \* Diagnóstico en base al Eje II (DSM III).
- \* Idem. al Eje V.
- \* Tiempo de espera (Lista de espera en semanas)..

El estudio lo realiza con una muestra de 159 pacientes pertenecientes a consultas ambulatorias y que eran derivados desde las consultas hospitalarias.

Establece 3 grupos de estudio:

- \* Pacientes que no acudieron a ninguna cita.
- \* Pacientes que acudieron a tres citas.
- \* Pacientes que acudieron a cuatro o más sesiones.

De su estudio se desprende que considera importante discriminar entre “abandono” y “rechazo” de tratamiento. También estudia si existe relación entre el abandono y las impresiones del terapeuta que constan en las historias clínicas.

Recoge como resultados de su estudio:

- 1.- Que los largos periodos de espera hacen que aumente el rechazo al tratamiento.

2.- Que el “rechazo” debe ser considerado como un fenómeno separado del “abandono”.

3.- Que los pacientes que se encontraban en un periodo crítico marital tendían a rechazar el tratamiento.

4.- Las personas aisladas socialmente y con trastornos de personalidad tendían a rechazar y abandonar el tratamiento.

5.- La no influencia del nivel socio-económico, ya que encontraron iguales resultados entre las clases bajas y las clases medias y altas.

Pekarik y Stephenson<sup>71</sup> realizan diversos trabajos de investigación sobre el fenómeno del abandono. En su trabajo comparan los abandonos que se producen en niños y adultos. Concluyen exponiendo que se puede predecir quien es o no abandonador en el adulto, pero no en el niño, cuya asistencia o interrupción depende de los padres.

Previamente, en un anterior trabajo, Pekarik<sup>63</sup> investiga la mejoría detectada por los pacientes que han abandonado los tratamiento. Recoge las principales razones expuestas por los pacientes:

- \* Un 39% consideró sentirse mejorados.
- \* Un 35% aludió como motivo circunstancias ambientales.
- \* Un 26% manifestó no estar conforme con los servicios recibidos.

En trabajos posteriores, Pekarik<sup>72</sup> profundiza en el tema anterior, estudiando la conexión de las razones aludidas por el cliente y la falta de satisfacción en las terapias recibidas.

El mismo autor<sup>23</sup>, en un trabajo posterior al últimamente reseñado, señala que no se pueden determinar diferencias significativas entre abandonadores rápidos, abandonadores tardíos y terminadores.

En las investigaciones, que en este área realiza Freire Arteta<sup>73</sup>, en un trabajo sobre una muestra de 230 casos de abandonos de un total de 742 historias clínicas abiertas durante un año, divide los pacientes en tres grupos en razón de la continuidad terapéutica.

- 1.- Los que solicitaron demanda y nunca acudieron.
- 2.- Los que comenzaron el tratamiento y posteriormente lo interrumpieron (47,4%).
- 3.- Los que continuaron el tratamiento.

Por último señala 34 pacientes que no estaban comprendidos en ninguno de los grupos anteriores por no haber podido ser localizados.

El objetivo del estudio es encontrar indicadores sobre la interrupción prematura del tratamiento como instrumento de evaluación de los programas terapéuticos en Salud Mental.

Encuentra que abandonan el tratamiento prematuramente entre un 30% y un 60% de pacientes, admitiendo que puede estar incidiendo la no coincidencia en el planteamiento terapéutico que establece el terapeuta y las expectativas del sujeto.

Este estudio encuentra correlaciones positivas y negativas con el abandono:

- \* Correlación positiva con el nivel escolar y la edad, así como la existencia de tratamientos previos.
- \* Correlación negativa con las situaciones conflictivas tanto familiares como laborales.
- \* Correlación positiva con los seguimientos de trastornos tradicionales y con los tratamientos farmacológicos.
- \* Correlación negativa con los seguimientos en tratamiento ambulatorio.

En las conclusiones, este estudio establece como perfil del paciente que continua:

- \* Mayor edad.
- \* Mayor nivel educativo.
- \* Mayor cronicidad y gravedad de la patología.

Como perfil del paciente que abandona:

- \* Más joven.
- \* Situación conflictiva, tanto a nivel familiar como laboral.

Como causas objetivas del fenómeno del abandono menciona:

- \* No ser bien acogido por la Institución.
- \* No haber sido comprendido por el terapeuta.
- \* Falta de competencia del terapeuta.
- \* Tratamiento inadecuado.

El autor mencionado, en un posterior estudio<sup>74</sup> y basándose en la misma muestra anteriormente citada, divide los abandonos en grupos en razón de la continuidad terapéutica con objeto de aislar variables asociadas a un grupo determinado, que pudieran ser utilizadas como indicadores.

Establece la tasa de abandono de las consultas entre un 40% y un 60%, considerando que casi un 60% de los abandonos se producen antes de la cuarta sesión, encontrando el mayor número de abandonos en la primera sesión.

Indica que cuanto más pronto se produce la interrupción, menos probabilidad hay de que el sujeto no vuelva a tratarse, y que los reincidentes en terapia resultan ser los pacientes que “aguantaron” unas cuantas sesiones antes de abandonar.

En este estudio considera indicadores de la continuidad terapéutica:

- \* Adaptación al entorno.
- \* Cronificación.
- \* Capacidad para reprimir la agresividad.

Expone como indicadores del abandono:

- \* Presentar manifestaciones hostiles.
- \* Existencia de problemas familiares y laborales.

Por tanto el grupo de riesgo de abandono presenta un perfil de:

- \* Joven.
- \* Bajo nivel educativo.
- \* Sin experiencia terapéutica.
- \* Situación conflictiva a nivel familiar o laboral.
- \* Tratado en régimen ambulatorio.

También el autor señala que no considera abandonadores a los pacientes que abandonan después de la primera cita, en base a admitir que bien no buscaban ser tratados o bien buscaban orientación para sus problemas.

Por otro lado el grupo que interrumpió el tratamiento después de varias sesiones, generalmente manifestó haber encontrado algo de mejoría, y pasado un tiempo volvieron a solicitar tratamiento.

El grupo de continuadores manifestó "mejoría". Aparecen por tanto en los casos de continuidad terapéutica los efectos favorables del tratamiento.

En un trabajo previo a los dos citados, Freire Arteta<sup>75</sup> efectúa una amplia revisión sobre el tema que nos ocupa y considera que existen limitaciones en los estudios revisados a nivel metodológico, entre ellas señala las siguientes:

- \* Que aparece una ambigüedad en la conceptualización del término "abandono de tratamiento".
- \* Que no se han encontrado indicadores comparativos ni diferenciales entre pacientes que abandonan y personas que continuaron el tratamiento.
- \* Que cuando se habla de abandonos de tratamiento se omite el tipo de tratamiento empleado, así como desde qué paradigmas se trabaja.
- \* Que en casi todos los trabajos se tratan de detectar variables basadas en rasgos de personalidad del sujeto, del terapeuta, del

tratamiento en sí, o bien estudios relacionados con las expectativas del sujeto hacia el tratamiento.

Recoge el trabajo de Rogers<sup>76</sup> realizado sobre 10.904 pacientes en 53 clínicas dependientes del Gobierno de EE.UU., según este estudio “todos los pacientes que interrumpen su tratamiento prematuramente lo hacen muy pronto, de tal manera que para la octava sesión ninguna clínica tenía más de la mitad de los pacientes que comenzaron el tratamiento”

Freire<sup>75</sup> recoge también una serie de variables que se estudian en los diferentes trabajos y encuentra las siguientes correlaciones entre el fenómeno del abandono y distintas variables:

\* No se encuentra correlación entre el abandono y las variables “edad” y “sexo”.

\* Las variables “nivel educativo” y “nivel socioeconómico”, se correlacionan con la interrupción de las terapias, ya que cuanto más bajo sea al nivel del sujeto, mayores dificultades se detectan para asistir y/o continuar el tratamiento, basándose en las investigaciones de Siasi y Messer<sup>77</sup>.

\* La variable “influencia familiar y social” se correlaciona con el abandono, apareciendo más interrupciones en los tratamientos en aquellos pacientes que presentan conflictos familiares, ya que al parecer sienten temor ante los posibles resultados que puedan

obtener, según resultados obtenidos por Kahn y Heiman<sup>78</sup> y también por Adams<sup>79</sup>.

\* Las variables de “personalidad” considera que son el único criterio que diferencia de forma contundente a los pacientes que interrumpen su tratamiento de los que lo continúan.

El autor, en su revisión bibliográfica, señala los trabajos de diversos autores que encuentran relación significativa entre rasgos de personalidad y el abandono terapéutico:

\* Personalidad inadecuada e inmadurez, según Heisler, Beck, Fraps y McReynolds<sup>80</sup>.

\* Pacientes con conductas agresivas y con problemas con la autoridad, según Kline y King<sup>81</sup>.

\* La dependencia es considerada según Weber, Moss, Brand y Elison<sup>82</sup> como un factor pronóstico positivo para la continuidad del tratamiento.

\* La motivación para el tratamiento es considerada como un factor que favorece la continuidad del mismo, según Stern<sup>83</sup>.

\* Los pacientes que interrumpen prematuramente el tratamiento han sido vistos con déficits en su capacidad de introspección y más dados a intelectualizar y/o negar sus problemas, resultando

ser menos inteligentes, según Heisler, Beck, Fraps y McReynolds<sup>84</sup>.

\* Cita autores que no encontraron diferencias en la personalidad de los pacientes, tanto si continuaron o no el tratamiento como Hasak y Kane<sup>85</sup>, y Borghi<sup>86</sup>.

\* Recoge las conclusiones de Mendelsohn y Geller<sup>87</sup>, que defienden que la personalidad del paciente afecta su decisión de iniciar el tratamiento pero no tiene que ver con la continuidad del mismo.

\* Por último recoge que en opinión de Stern<sup>83</sup> algunos investigadores toman como rasgos de personalidad aspectos del comportamiento del paciente inducidos por la clase social a la que pertenecen, confundiendo ambos. En trabajos posteriores, este mismo autor demostró la existencia de diferencias significativas en los rasgos de personalidad de un grupo de pacientes de clase baja y otro de clase media, independientemente de que hubiesen interrumpido el tratamiento prematuramente o no y puso de manifiesto la dificultad de diferenciar aspectos sociales y personales en el individuo.

Estos hallazgos sugieren la posibilidad de que la clase social a la que pertenece el paciente o sus rasgos de personalidad, no sean suficientes para predecir su continuidad en el tratamiento y que haya otras variables intervinientes.

Sledge, Moras, Hartley y Levine<sup>88</sup>, en un estudio realizado con una muestra de 149 pacientes, trataron de encontrar variables significativas relacionadas con el abandono.

De los resultados obtenidos concluyeron que no se podía establecer una relación entre el abandono terapéutico y variables demográficas de paciente. Tampoco encontraron relación con los diagnósticos o con las características del terapeuta.

Griffiths<sup>89</sup> realiza una investigación en la que comparan dos grupos de mujeres, uno de "abandonadoras", y otro de "terminadoras", con edades comprendidas entre 19 y 44 años, y con diagnóstico de anorexia nerviosa.

De los resultados de su estudio se desprende que no aparecen diferencias significativas entre los dos grupos que se correlacionen con las variables demográficas.

Richmond<sup>90</sup> establece en su investigación dos grupos de pacientes abandonadores:

- \* Los pacientes que abandonan los tratamientos.
- \* Los pacientes que dan por terminados los tratamientos.

Indica que a pesar de todos los estudios realizados en este campo, no existen diferencias entre los grupos establecidos que se puedan considerar significativas.

De los resultados de su estudio se desprende que no existe relación entre abandono y tipo de terapia o tipo de terapeuta.

Encuentra diferentes motivos de abandono dependiendo de las fases de la terapia:

- \* Un nivel de 77% durante la fase de entrevista.
- \* Un nivel de 72,8% durante la evaluación y el diagnóstico.
- \* Un nivel de 63,6% durante el tratamiento.

Añade que la capacidad del terapeuta para establecer una relación productiva con el cliente emerge como razón de abandono en las fases de evaluación y en el tratamiento.

Posteriormente Richmond<sup>91</sup> estudia la posible correlación entre las características demográficas del sujeto y las distintas fases del tratamiento como: "entrevista", "evaluación", "diagnóstico" y "tratamiento", no encontrando variables que se correlacionen significativamente con una fase concreta.

Krulee y Hales<sup>92</sup> admiten la existencia de características demográficas asociadas con el abandono de las consultas, citando la juventud del paciente, el hecho de que viva solo (soltero, viudo, separado o divorciado) y que tenga un nivel cultural bajo.

Matas et al<sup>24</sup> admiten las características citadas por Krulee<sup>92</sup>, y añaden la influencia de trastornos de personalidad. Consideran

que el sexo de los pacientes no parece ser una variable influyente, y respecto a los diagnósticos, encuentran una tasa mayor de cumplimiento en aquellos pacientes diagnosticados con trastornos depresivos o trastornos obsesivos.

Tanto Krulee<sup>92</sup> como Matas<sup>24</sup> señalan que a pesar de tener en cuenta las variables citadas, consideran que no son predictoras del abandono de las consultas.

Hunt y Andrews<sup>21</sup> realizan un estudio con una muestra de 432 pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad, que se encuentran en tratamiento con terapia cognitiva.

Establecen como objetivo detectar variables correlacionadas con la tasa de abandono.

En sus resultados no detectan como significativas variables como sexo, edad, diagnóstico, severidad de la sintomatología, ni tampoco el estatus económico.

Como único resultado significativo aparece que un 17% de pacientes abandonan la terapia en el momento inicial y que un 50% de pacientes asistieron a 60 horas de terapia. En su estudio no indican en que momento se produjeron los restantes abandonos.

Por otro lado, Pollak, Mordecai y Gumpert<sup>93</sup> defienden que no encuentran características demográficas del paciente que se correlacionen con los abandonos terapéuticos.

Wingerson, Sullivan, Dager y Flick<sup>94</sup> realizaron un estudio con una muestra de 112 pacientes, todos ellos con diagnóstico de ansiedad y desordenes de pánico, y como resultado de su estudio obtuvieron que durante las dos primeras semanas se produjeron 45 abandonos, concluyendo que no existe relación alguna entre el diagnóstico y el abandono terapéutico.

Morton<sup>95</sup> basa su estudio en el abandono a las primeras citas, tratando de encontrar variables predictoras del mismo.

Recoge información sobre variables demográficas y expectativas del paciente ante el tratamiento.

Encuentra resultados distintos a los expuestos por Wingerson et al<sup>94</sup>, puesto que Morton<sup>95</sup> defiende que la ansiedad de los pacientes es el factor más significativo relacionado con el abandono terapéutico.

Blouin, Schnarre, Carter y Blouin<sup>96</sup> investigaron los factores predictores del abandono con una muestra de 81 mujeres diagnosticadas de bulimia nerviosa, en tratamiento grupal con terapia cognitiva. Utilizaron como variables de estudio:

- \* Depresión.
- \* Ansiedad.
- \* Dificultades en la relación con el otro.
- \* Síntomas severos de bulimia.
- \* El entorno del paciente.
- \* La cronicidad.

Como predictor único significativo encontraron las dificultades en la relación con los otros.

Rosie et al<sup>97</sup> trabajaron en su estudio con pacientes diagnosticados de depresión, distimia y ansiedad, considerados como factores influyentes en los abandonos terapéuticos. De los resultados de su estudio se desprende que no existía relación entre los citados diagnósticos y el abandono, sino que este estaba asociado con la relación terapéutica.

Cohen et al<sup>98</sup>, realizaron un estudio con una muestra de 112 pacientes, y compararon dos grupos: “abandonadores” y “continuadores” de ocho sesiones de tratamiento.

Consideraron como variables predictoras del abandono:

- \* Hostilidad.
- \* Labilidad.
- \* Afectividad bizarra.
- \* Trastornos de personalidad.

Utilizaron como prueba estadística el análisis discriminante y encontraron como resultados que el abandono terapéutico se encuentra en función de las características y de los trastornos de personalidad.

Smith et al<sup>99</sup>, estudiaron el abandono terapéutico con una muestra de 36 pacientes bipolares de edades comprendidas entre los 20 y 40 años en tratamiento con psicoterapia dinámica.

Utilizaron como prueba estadística el análisis de supervivencia y encontraron como predictores del abandono terapéutico la edad de los pacientes y su hostilidad.

Señalaron en sus conclusiones que, a pesar de que la literatura considera otras variables predictoras, los autores no las han considerado significativas.

#### 4.2.- RELACIÓN TERAPEUTA / PACIENTE

La relación terapeuta / paciente es una variable investigada por numerosos autores con objeto de detectar su influencia sobre el abandono. Entre las primeras investigaciones figura la de Kelner<sup>52</sup>.

Fenichel<sup>100</sup> considera que la mayoría de los estudios suelen ir encaminados a estudiar la influencia de variables del paciente, del terapeuta, y del tratamiento en el abandono terapéutico.

El autor centra el presente estudio en valorar la relación terapeuta/paciente a lo largo del tratamiento y su influencia en la continuidad del mismo. Estudia por tanto la relación entre las expectativas de iniciación y los resultados de la terapia. Tiene en cuenta factores como:

- \* Altas expectativas.
- \* Medias expectativas.
- \* Bajas expectativas.

De su investigación se obtienen los siguientes resultados:

- \* No se detecta relación entre las expectativas y metas al inicio del tratamiento y la continuidad del mismo.
- \* Se detecta correlación entre el abandono y la derivación a otros terapeutas.
- \* Se detecta correlación entre continuidad y conformidad con la terapia.
- \* Se detecta correlación entre la continuidad y la capacidad del paciente para mantener la relación terapeuta/paciente.

Considera que los resultados obtenidos no son concluyentes, ya que detecta la existencia de factores posiblemente influyentes que escapan al control del estudio planteado.

Wilder, Plutchnik y Conte<sup>101</sup> defienden que el abandono o cumplimiento terapéutico está en función de la interacción terapeuta-paciente y de la idoneidad de las recomendaciones terapéuticas.

Trugerman<sup>102</sup>, en esta misma línea defiende la hipótesis de que la relación humana terapeuta/paciente es lo que predice o influye en el abandono, indicando que el paciente no abandona una terapia si el tratamiento le resulta "atractivo". Revisa en su estudio anteriores investigaciones, en las que por un lado se defiende que una gran proporción de pacientes abandonan en las primeras sesiones del tratamiento, y por otro lado, otro grupo de autores focalizan el abandono en base a establecer relaciones con variables demográficas y expectativas del paciente y del terapeuta.

Trugerman<sup>102</sup> indica que ninguno de los estudios citados ha encontrado claros predictores del abandono, con lo que se pone de manifiesto la no correlación con los factores mencionados.

El estudio investiga en primer lugar la aportación del terapeuta y del paciente para establecer una buena relación terapéutica en base a una continuidad en el tratamiento, y en segundo lugar predice quien abandonará o continuará el tratamiento durante las distintas etapas del proceso terapéutico.

Realiza el trabajo con una muestra de 36 pacientes pertenecientes a consultas externas de psiquiatría.

Establece como V.I. del paciente:

- \* El atractivo personal del paciente.
- \* La flexibilidad del paciente.
- \* La educación.
- \* La gravedad de la patología.

Como V.I. correspondientes al terapeuta, establece:

- \* El nivel de experiencia.

Como V.D. considera

- \* El número de sesiones a las que acude el paciente.

De los resultados obtenidos concluye que no se encuentran predictores significativos con relación al abandono terapéutico derivados de su estudio.

Por otro lado Diamond<sup>103</sup> basa su estudio sobre la relación terapéutica en la empatía. Expone que la utilización de la empatía, puede ser válida para solucionar los dilemas bio-éticos que surgen en el rechazo del tratamiento y poder reducir el mismo.

Beckham<sup>20</sup> busca predictores del abandono en psicoterapia haciendo correlacionar con el abandono:

- \* Características del terapeuta y del paciente.
- \* Actitudes del terapeuta y actitudes del paciente.
- \* Relación terapeuta/paciente.

Realiza un estudio con una muestra de 93 pacientes. Examina los abandonos en base a la clase social, la congruencia de los pacientes, la actitud terapéutica y la percepción de los pacientes hacia la calidad de la terapia.

De los resultados de su estudio se desprende que 31 pacientes abandonaron, 24 continuaron y el resto, un total de 38 pacientes, se perdieron.

Indica el autor como variables influyentes en el abandono:

- \* Visión negativa del terapeuta por parte del paciente.
- \* Baja educación.

Como variables que favorecen la continuidad terapéutica:

- \* Congruencia entre las expectativas terapeuta y paciente
- \* Un buen rapport entre terapeuta y paciente .

En esta misma línea Frayn<sup>104</sup> investiga las cualidades de los pacientes que pueden predecir el abandono, para ello compara dos grupos de 20 pacientes abandonadores y 20 pacientes continuadores.

De los resultados de su estudio extrae que las cualidades significativas que diferencian a los abandonadores frente a los continuadores son la tolerancia a la frustración, la motivación, la alianza con el terapeuta y la influencia de las circunstancias ambientales.

Mosher y Pearl<sup>22</sup> realizan un trabajo con una muestra de 180 pacientes de tercera edad y de sus resultados obtienen que únicamente el 12% de pacientes termina la terapia. En sus resultados no encontraron una relación significativa de las variables edad, sexo, nivel educacional, y diagnóstico psiquiátrico con el abandono, y como única variable predictora de la continuidad terapéutica encontraron el sentimiento por parte del paciente de ser atendido en la terapia.

En esta misma línea, Chung, Pardeck y Murphy<sup>105</sup> en un estudio realizado con una muestra de 45 pacientes de edades comprendidas entre seis y dieciocho años, concluyeron que la variable predictora del abandono es el sentimiento por parte del paciente de ser acogido negativamente por el terapeuta, estableciendo como característica del paciente continuador la creencia de ser bien acogido por el terapeuta, dando menor importancia a la calidad de los tratamientos.

Así mismo, Clemmens<sup>106</sup> defiende que la terapia se rompe al aplicar una terapia de estructura simple, y por la falta de ética del terapeuta.

Abarbanel<sup>107</sup> defiende que el abandono terapéutico se produce porque el trabajo terapéutico llega a un “impás”, considerando que lo ético por parte del terapeuta sería proponer al paciente terapias alternativas.

Del mismo modo Rosie et al<sup>97</sup> proponen que el tratamiento no avanza y falla porque la relación terapéutica no es la acertada en base a las características diagnósticas concretas del paciente.

Blouin et al<sup>96</sup> establecen como predictor único significativo del abandono la dificultad en las relaciones personales de los pacientes, indicando por tanto, que esta característica personal del paciente es la que va a influir en el establecimiento de una mala relación terapéutica.

En contra de las conclusiones de Clemmens<sup>106</sup>, basadas en considerar que la terapia se rompe por la aplicación de una mala praxis, aparecen las réplicas de Elkind<sup>108</sup>, que defiende que la ruptura terapéutica está directamente relacionada con la mala relación terapéutica.

Abarbanel<sup>109</sup> también replica a las conclusiones de Clemmens<sup>106</sup>, y defiende que el paciente abandona cuando la relación terapéutica falla y el terapeuta no es capaz de indicar al paciente otra alternativa terapéutica más apropiada.

McGonagie y Gentle<sup>110</sup> realizaron un estudio con 36 pacientes en un hospital psiquiátrico, e investigaron las razones alegadas por 14 pacientes para no acudir a las consultas.

En primer lugar tuvieron en cuenta que la propia enfermedad mental impide o dificulta que el paciente acuda a consulta, y encontraron que la principal razón de abandono radicaba en la dificultad del paciente para elegir el tipo de terapia y que los pacientes (86%) consideraron que la terapia no era válida para solucionar sus problemas.

Otras razones alegadas por los pacientes eran que no se sentían escuchados por el terapeuta y que no se sentían comprendidos en sus problemas.

#### 4.3.- EXPECTATIVAS DEL PACIENTE FRENTE A LA TERAPIA

La idea de que las expectativas del paciente frente a la terapia actúan como un factor de clara influencia en la continuidad terapéutica es compartida por autores como Singer<sup>111</sup>, Glassman<sup>112</sup>, Rapoport<sup>113</sup>, Shipes<sup>114</sup> y Hoffman<sup>115</sup>.

Duckro, Beal y George<sup>116</sup> realizaron un trabajo en el que revisaron la literatura empírica existente veinte años atrás y relacionada con la implicación de las expectativas en el abandono de las consultas, y en los resultados de su revisión no encontraron que los diferentes autores establecieran una relación significativa con el

fenómeno del abandono, a pesar de que en todos los estudios revisados dicha variable se encontrara relacionada.

Murphy, Wig y Ghosh<sup>117</sup> por un lado, y Ray, Beig y Gopinath<sup>118</sup> por otro, pertenecientes a un hospital de Salud Mental en la India, realizaron varios estudios de investigación sobre el problema del abandono de las consultas.

Estos últimos estudiaron a 159 pacientes y expusieron que a pesar de detectar que la demanda en las consultas sigue un proceso de crecimiento, encuentran una tasa comprendida entre un 40 y un 60% de pacientes que dejan de acudir a las consultas.

Detectan como razones principales del abandono de las consultas la lista de espera (que era de quince días aproximadamente), y las expectativas de los pacientes no coincidentes con las de los terapeutas, ya que en numerosas ocasiones al paciente no le convenía el trabajo terapéutico propuesto en la primera entrevista.

Estudian también características demográficas como sexo, estado civil, nivel cultural y otras experiencias terapéuticas.

De los resultados obtienen que el 61% de pacientes volvían después de la primera entrevista, y que cuanto mayor era la lista de espera, mayor era el porcentaje de abandonos.

McNair, Lorr y Callahan<sup>53</sup>, y Horestein y Houston<sup>119</sup> recogen en sus respectivas investigaciones que una idea muy extendida es la de que se produce una estrecha relación entre la interrupción prematura de los tratamientos y la falta de cumplimiento de las expectativas del paciente con respecto a los tratamientos.

Girard<sup>120</sup> investiga sobre pacientes que pidieron una primera cita y nunca acudieron a la consulta, encontrando que una gran proporción de pacientes tenía un problema situacional y esperaban haber sido vistos inmediatamente.

Haygood<sup>62</sup>, en una investigación realizada en la universidad de Alabama con 309 pacientes abandonadores con los que únicamente pudo contactar con el 50% de los que habían abandonado las consultas, encontró que los motivos de abandono se podían agrupar en base a:

- \* Características demográficas.
- \* Expectativas terapeuta- paciente.
- \* Discrepancia existente entre las expectativas del paciente y la realidad.

De los resultados obtenidos indica que existe una relación directa entre:

- \* Las expectativas de los pacientes y el grado de satisfacción en la terapia.
- \* Las expectativas del terapeuta y la terminación de los tratamientos.

Concluye el autor exponiendo que lo que facilita la terminación de los tratamientos y el éxito de las terapias es que exista un acuerdo consensuado entre el terapeuta y el paciente sobre los objetivos de trabajo y que exista una coincidencia entre las expectativas tanto por parte del paciente como del terapeuta.

Lawrence<sup>31</sup> trabaja con una muestra de 23 pacientes pertenecientes a consultas externas, detectados durante los años 1979-1981 y que abandonaron las consultas prematuramente.

Centra la tasa de abandono en un 30,4%, lo que considera un bajo porcentaje de abandono.

Extrae de su estudio que el motivo de abandono más significativo se encuentra en las expectativas derivadas del primer encuentro terapéutico.

Las otras dos variables más significativas relacionadas con el abandono de las consultas resultaron ser factores ambientales y terapéuticos.

Por último, el factor influyente en el abandono se centró en el hecho de haber acudido de forma involuntaria a los tratamientos o haber sentido enfado con el terapeuta, resultando ser estos factores los determinantes para que los pacientes no volvieran a las consultas.

Reiser<sup>121</sup> trata de correlacionar en su estudio el abandono terapéutico con las características de personalidad “pasivo-dependiente”, o bien con una actitud pasiva del paciente consistente en mantener como expectativas ante sus problemas que el terapeuta los solucione sin tener que intervenir el propio paciente. Concluye indicando que encuentra menos abandonos en los pacientes activos, los cuales se implican en la propia terapia, esforzándose por solucionar sus problemas.

Pekarik<sup>122</sup> estudia las expectativas del paciente frente a las terapias dirigidas a trabajar problemas concretos, y concluye que es conveniente ajustarse a las metas del paciente en cuanto a la duración de los tratamientos y a trabajar problemas concretos.

Previamente la autora en un trabajo realizado con 103 pacientes de Salud Mental, logró contactar con 46 pacientes (45%), y estudió si existía relación entre el abandono terapéutico y las expectativas que el terapeuta había establecido.

Para realizar la investigación estableció dos grupos:

\* El formado por los pacientes que el terapeuta consideraba habían interrumpido su tratamiento pero necesitaban continuarlo.

\* Otro formado por aquellos pacientes que el terapeuta pensaba habían dado por terminada la terapia.

En sus resultados no encontró grandes diferencias en cuanto a los motivos de abandono expresados por los pacientes. Tampoco encontró resultados significativos relacionados con las expectativas y el abandono de las consultas.

Keithly<sup>123</sup> se centró en considerar la motivación del paciente, indicando que las conductas terapéuticas tienen que dirigirse a aumentar la motivación del paciente para conseguir una mayor duración de las terapias.

Rawling<sup>124</sup> estudió la relación terapeuta/paciente, las expectativas y las preferencias de ambos en la continuidad y/o el abandono del tratamiento.

También tuvo en cuenta los cambios que se producen en las expectativas y en las preferencias, cuando transcurren más de seis sesiones terapéuticas.

El estudio lo realizó con pacientes externos en un medio rural, pertenecientes a tres clínicas, en las que tomó una muestra de 93

pacientes y 15 terapeutas muy cualificados, y obtuvo los siguientes resultados:

\* Todos los pacientes comenzaron con unas expectativas diferentes en cuanto a las preferencias.

\* Los continuadores se diferenciaron de los abandonadores en que los pacientes que continuaron tomaron parte activa en la terapia, y creían que la podrían llevar a cabo.

\* También los continuadores creían y esperaban (expectativas), recibir menos consejo que aquellos que abandonaron.

\* Los terapeutas creían y querían que los pacientes continuadores tomaran más iniciativas y control sobre la propia terapia que los que abandonaron.

\* Los terapeutas creían y querían que cuando pasaran seis sesiones, la relación terapéutica sería más equilibrada.

\* Las demandas de los pacientes se hicieron más congruentes cuando pasaron 6 sesiones, sin embargo la relación terapeuta / paciente no se hizo más congruente a medida que pasaba el tiempo, como se había previsto.

Escriva<sup>28</sup> estudió la disonancia cognitiva que se produce en el paciente al no ajustarse lo ofrecido en la terapia con las

expectativas que el propio paciente tiene cuando acude a la consulta.

Retomando de nuevo la revisión efectuada por Freire Arteta<sup>75</sup>, se encuentra que una mayoría de los pacientes que acuden a una consulta ambulatoria espera del terapeuta consejos directos y/o medicinas que actúen con rapidez, modificando sus problemas o permitiéndole adquirir nuevas capacidades Frederick<sup>50</sup>; Garfield y Wolpin<sup>125</sup>; Bent, Putnam, Kesler y Nowick<sup>126</sup>.

Clinton<sup>127</sup> considera que el abandono de la psicoterapia es un problema que ha recibido poca atención, aún cuando se conoce que existe un alto número de abandonos. Indica que no se ha estudiado convenientemente ni las razones del abandono ni como remediar el fenómeno.

El autor se centra en estudiar la relación terapeuta-paciente y la influencia de las variables ambientales y de tratamiento.

De sus resultados se desprende que la falta de congruencia en las expectativas entre terapeuta y paciente se encuentra asociada con el riesgo del abandono de las consultas.

No encontró relación entre el abandono y las otras variables asociadas.

Por último indica que podría ser importante para el terapeuta discutir con el paciente sobre las expectativas de terapia, evitando así el riesgo potencial al abandono terapéutico.

#### 4.4.-OTRAS CIRCUNSTANCIAS INFLUYENTES

Nathan<sup>128</sup> realiza un estudio con pacientes psiquiátricos hospitalizados y que son derivados a consultas externas, encontrándose que muy pocos llegan a estas consultas.

Se basa el autor en un estudio anterior realizado por Meyer, y publicado en la revista del Hospital Monte Sinai en New York, basado en estudiar a 400 pacientes derivados desde las consultas de psiquiatría hospitalaria a las consultas ambulatorias, encontrando que únicamente acudieron de un 3% a un 5%.

También cita un trabajo de Spencer<sup>129</sup> donde se obtienen como resultados que únicamente un 13% de pacientes acuden a consultas externas y que todos encuentran gran mejoría.

Nathan<sup>128</sup>, en su investigación trata de promover el interés para el tratamiento externo, comenzando a trabajar con los pacientes psiquiátricos antes de darles el alta en el Hospital.

En los resultados de su trabajo encuentra que los pacientes comienzan la terapia con gran entusiasmo, pero que muy pronto abandonan, concluyendo que los motivos son debidos a

resistencias personales del sujeto más que a circunstancias ambientales de los mismos, considerando que el paciente ingresado tiene más bajas las resistencias y es capaz de comunicar problemáticas psíquicas más fácilmente que cuando este mismo paciente vive dentro de su hábitat cotidiano.

Cita como motivos de abandono:

- \* La edad.
- \* La competencia del terapeuta.
- \* La complejidad de los sistemas familiares.
- \* Problemas inherentes derivados de la relación enfermedad física y psiquiátrica.

Como factores que favorecen la continuidad terapéutica, expone:

- \* Nivel socioeconómico alto.
- \* Motivación alta.
- \* Buena relación interpersonal con el facultativo.

Pekarik<sup>63</sup> realiza un estudio con un grupo de pacientes abandonadores de las consultas de Salud Mental comunitarias pertenecientes a centros semirurales y urbanos pequeños.

Estudia una muestra de 103 pacientes con los que intentó contactar tres meses después de producirse el abandono. Únicamente logró contactar con 46 pacientes (45%), con 38

pacientes a través del teléfono y con 8 pacientes a través del correo ordinario.

El diagnóstico preferencial de estos pacientes eran distintas neurosis y problemas de adaptación, tanto en el ámbito familiar como social.

Partió de agrupar a los pacientes en base a las razones de abandono expuestas por los propios pacientes, encontrándose como resultados que:

El 39% contestaron que habían abandonado las consultas por considerar que no necesitaban seguir acudiendo a las mismas.

El 35% contestaron que habían abandonado las consultas por sentirse coaccionados por distintas circunstancias ambientales.

El 26% alegó que había abandonado las consultas por no estar satisfecho con los servicios comunitarios.

De estos resultados se desprende en primer lugar que el 39% de pacientes abandonaron las consultas por dar por terminada su terapia, por lo que se descarta que se produjera fracaso terapéutico.

Se admite, por tanto, los resultados encontrados tanto por Garfield<sup>130</sup> como por Baekeland y Lundwall<sup>18</sup>, en cuanto que

admiten que los pacientes que abandonan las consultas dan por terminado el tratamiento sin ponerse de acuerdo con el terapeuta.

El autor recoge las ideas de Acosta<sup>131</sup> y Garfiel<sup>132</sup>, que defienden que el motivo de abandono más frecuentemente expuesto por los pacientes son las circunstancias ambientales, y que no encuentran relación entre el grado de mejoría detectada y los diferentes motivos de abandono alegados por los pacientes.

De los resultados se desprende que la razón más común dada es que el paciente no necesitaba más los servicios. Estos resultados contradicen el concepto de abandono terapéutico, y más bien van dirigidos a determinar que el paciente abandona las consultas porque da por terminado el tratamiento.

Cross y Warren<sup>133</sup> en su investigación sobre la influencia de variables circunstanciales en el abandono, concluyen que se correlacionan con la continuación de la terapia. Investigan la influencia de factores ambientales como:

- \* Ajuste de vida.
- \* Soporte externo.
- \* Consejo alternativo.
- \* Sucesos estresantes intermitentes.
- \* Movilidad y facilidad en el acceso.
- \* Tiempo libre.

Fraps, McReynolds, Beck y Heisler<sup>134</sup> se centran en estudiar la importancia predictora del comportamiento del propio sujeto en el pasado como predictor de su actual comportamiento.

Parten de la investigación realizada por Ciminero, Calhoun, Adams y Handbook<sup>135</sup>, considerando también que los mismos pacientes son la mejor fuente directa de información sobre su propio comportamiento.

En la investigación realizada por Fraps et al<sup>134</sup>, se parte de la utilización de un cuestionario de pretratamiento donde se recoge información sobre las circunstancias ambientales, tales como distancia geográfica existente entre el domicilio del paciente y el lugar de consulta donde el paciente debía de acudir para terapia, así como si existía compatibilidad entre las obligaciones y deberes del paciente y el horario de consulta.

También recogieron información demográfica y evaluaron en qué medida el paciente había cumplido sus obligaciones en el pasado. Las variables conductuales empleadas se dirigieron a valorar comportamientos de constancia del sujeto en anteriores conductas, constancia en el trabajo y en los afectos.

Por otro lado, midieron expectativas y ansiedad, así como la predicción hecha por el propio paciente sobre la duración de la terapia y la posibilidad de asistir a la misma.

También valoraron la reacción del paciente ante la entrevista inicial.

El estudio se realizó con una muestra de 78 pacientes, de los cuales 25 eran hombres y 53 mujeres.

Emplearon además del cuestionario de pretratamiento señalado otro de post-tratamiento.

Los resultados del estudio indicaron que tanto las variables situacionales como las conductuales estaban asociadas con la permanencia en psicoterapia.

Concluyeron señalando que la predicción personal del paciente sobre la posibilidad de asistir a terapia, unido con las variables conductuales y situacionales fueron los indicadores más significativos a tener en cuenta tanto en el abandono como en la continuidad de las consultas.

Reiser<sup>121</sup> valora las expectativas de los pacientes con rasgos de personalidad pasivo-dependientes y su relación con la terminación prematura de psicoterapia.

En su estudio compara abandonadores y continuadores, tratando de diferenciar en primer lugar los pacientes con dependencia pasiva.

Considera “paciente abandonador”, aquel que acude una sola vez e interrumpe el tratamiento antes de la sexta cita programada.

Detecta mayor número de abandonos en los sujetos que permanecen pasivos frente a la terapia en espera de que el terapeuta les solucione sus problemas.

Concluye que el fenómeno del abandono es un problema existente en el sistema sanitario que no puede ser previsto y por tanto no se puede hacer nada por evitarlo.

Frayn<sup>104</sup> también ha investigado la influencia de factores ambientales, encontrando que están correlacionados con la continuidad y con el abandono de las terapias.

Realiza una investigación en la que valora los factores asociados con la terminación prematura de la psicoterapia por los pacientes, para ello compara un grupo de pacientes que abandonaron las consultas y otro grupo de pacientes que terminaron la terapia.

De sus resultados se desprende que el sexo, el diagnóstico y la empatía no son significativos, y como factores influyentes encuentra:

- \* La hostilidad del paciente hacia terapeutas anteriores.
- \* La ansiedad.
- \* La desconfianza.

- \* La actitud negativa.
- \* La poca capacidad de introspección.
- \* La falta de control de impulsos.
- \* La falta de motivación.

Del mismo modo considera que influyen negativamente las expectativas negativas del terapeuta hacia el paciente o los sentimientos negativos del terapeuta, y que en todas ellas hay que tener en cuenta las circunstancias ambientales.

Concluye exponiendo que estas características del paciente abandonador pueden estudiarse desde el inicio de la evaluación terapéutica y predecir qué pacientes son abandonadores o terminadores.

Matas et al<sup>24</sup> realizan un trabajo de investigación con una muestra de 874 pacientes remitidos a consultas externas desde un Hospital Psiquiátrico Universitario, siguiendo a los pacientes durante un periodo de dos años y medio, estudiando las diferencias entre los que siguieron el tratamiento (72,5%) y los que abandonaron las consultas (17,8%).

Consideran el hecho de que el paciente no acuda a las citas como el primer síntoma significativo de que el paciente no se implica en el tratamiento.

Establecen que los pacientes abandonadores son aquellos que no acuden a pedir cita, teniendo en cuenta que existen distintas vías de acceso a las consultas externas:

\* Pacientes que no acuden a la primera cita programada en consultas externas de Salud Mental, cuando han sido dados de alta en una unidad de hospitalización psiquiátrica.

\* Pacientes que no acuden a la primera cita programada en consultas externas, cuando son derivados desde las urgencias hospitalarias.

\* Pacientes que no acuden a consultas externas de Salud Mental después de haber permanecido un tiempo de tratamiento en las mismas.

Admiten que la fuente de derivación es muy significativa para ver la trayectoria del abandono, ya que encuentran que los pacientes remitidos desde las urgencias hospitalarias son tres veces más abandonadores que los remitidos desde las unidades de hospitalización psiquiátrica.

Los autores indican como variables influyentes en el abandono y en la asistencia a las consultas el tiempo de demora de la lista de espera y factores personales circunstanciales, como pueden ser la percepción de necesidad de ayuda, la motivación para el

tratamiento, la disposición del terapeuta que lo remite y el acuerdo del paciente en la derivación propuesta.

Concluyen exponiendo que las circunstancias ambientales tienen más redundancia en el abandono de las terapias que las propias características personales del sujeto, pero también añaden que las circunstancias ambientales pueden estar relacionadas con la transferencia y contratransferencia que se establece en la relación terapéutica y ser indicativas de que el paciente no está satisfecho con su terapeuta.

Pekarik<sup>72</sup> realiza un estudio con 86 pacientes, de los cuales 49 eran adultos y 37 niños.

De los resultados obtenidos deduce que los motivos alegados por los pacientes se pueden agrupar de tres formas distintas:

\* Los que alegaron haber conseguido mejoría (37%).

\* Los que alegaron haber abandonado las consultas presionados por distintas circunstancias ambientales (30%).

\* Los que alegaron haber abandonado por sentirse a disgusto con el tratamiento ofertado (33%).

Concluye diciendo que está poco estudiada la relación existente entre los motivos de abandono y la satisfacción conseguida con los

tratamientos, y que por ello no se puede hablar de fracaso terapéutico cuando a pesar de haberse producido el abandono de las consultas, el paciente se encuentra satisfecho con los resultados obtenidos.

En el trabajo publicado por Gabino y Godoy<sup>136</sup> se conceptualiza como “abandono” la “interrupción del tratamiento antes de conseguir los objetivos propuestos”, considerando este fenómeno como “fracaso terapéutico”.

Se establecen distintos tipos de abandono dependiendo de la fase terapéutica en que se produce (evaluación o intervención).

Se basan en su estudio en 95 casos clínicos, en los que incluyen continuadores y abandonadores y de los cuales 52 eran adultos y 43 niños.

Estudian una muestra de 25 abandonos. ( 15 adultos y 9 niños), de los cuales 11 alegaron mejoría. Como motivos explícitos de abandono exponen que:

- \* Sujetos que se negaron a trabajar determinados problemas: 11
- \* Niños en los que se detectó falta de colaboración por parte de los padres: 7.
- \* Pacientes que expusieron que eran excesivas sesiones para conseguir los objetivos propuestos: 4
- \* Pacientes que relativizaron la importancia de su problema: 3

\* Sujetos que incumplieron las instrucciones terapéuticas dadas: 2

\* Sujetos desmotivados para el tratamiento: 1

Partiendo de la idea expuesta de aceptar el abandono como fracaso terapéutico, los autores establecen que si el abandono se produce en la fase de evaluación, el terapeuta no ha cumplido los objetivos terapéuticos y por otro lado desconoce los motivos de abandono, mientras que si el abandono se produce en la fase de tratamiento, el terapeuta conoce si se ha producido mejoría en base a haberse cumplido parte de los objetivos establecidos.

Plantea que siempre que se produce interrupción de los tratamientos, el terapeuta no ha sabido o no ha podido impedirlo o prevenirlo.

Los autores consideran al terapeuta como la persona capaz de tratar de impedir el abandono y se centran en el estudio de los posibles déficit que este puede presentar.

\* Habilidades terapéuticas que pueden no estar relacionadas con la experiencia del terapeuta.

\* Evaluación incompleta o incorrecta del problema

\* Errónea aplicación de técnicas terapéuticas.

Plantean la conveniencia de evaluar los resultados de todo tratamiento con objeto de determinar si se han conseguido los objetivos planteados.

También hacen hincapié en la importancia de conocer los diferentes motivos de abandono, teniendo en cuenta que están relacionados con las diferentes fases del proceso terapéutico, es decir con las primeras sesiones terapéuticas, con distintos momentos de la evaluación y durante la aplicación de técnicas terapéuticas.

Los autores inciden en que el interés primordial radica en el control de los abandonos con objeto de detectar no solo qué motivos están incidiendo en el fenómeno, sino la implicación que en el mismo tiene la relación terapeuta / paciente.

Ben<sup>137</sup> realiza un trabajo con 307 pacientes con diagnósticos psiquiátricos, de los cuales 47 pacientes rechazaron los tratamientos.

Evalúan los motivos alegados por los pacientes para justificar el hecho de no acudir a consulta y encuentran como más significativos:

\* Que los pacientes tenían miedo de que pensarán los demás que estaban locos.

\* Creencias de que el acudir a terapia iba a repercutir negativamente en su vida laboral y social.

- \* Convencimiento de que los propios pacientes podían resolver sus problemas.
- \* Que no iban a conseguir ningún tipo de mejoría.

Concluye el autor que una terapia informativa podría paliar el rechazo de los pacientes para acudir a consulta.

#### 4.5.- MOMENTO DE PRODUCIRSE EL ABANDONO

En cuanto al momento de producirse el abandono, Rogers<sup>76</sup> publica un trabajo sobre la mejoría de los pacientes. Lo realiza con 10.904 pacientes pertenecientes a 53 clínicas, concluye que las curvas de interrupción prematura del tratamiento son muy similares en las diferentes clínicas estudiadas, y que “todos los pacientes que interrumpen su tratamiento prematuramente lo hacen muy pronto, de tal manera que para la octava sesión, ninguna clínica tenía más de la mitad de los pacientes que comenzaron el tratamiento.

Centrándose en considerar que el momento del abandono se produce en las primeras sesiones del tratamiento, se encuentran también las investigaciones de Garfield y Wolpin<sup>125</sup>.

Moore<sup>138</sup> trata de encontrar características comunes en los abandonadores tempranos en psicoterapia, buscando diferencias

correspondientes al momento del abandono en primera, segunda, tercera y/o más sesiones.

Trabaja con una muestra a 404 sujetos, contactando con 302 pacientes.

Establece tres grupos:

1.- Pacientes que solo acuden a la primera sesión, formado por 88 sujetos (29%).

2.- Pacientes que acuden a dos sesiones, formado por 46 sujetos (15%).

3.- Pacientes que acuden a tres o cuatro sesiones, englobado por 270 sujetos (89%).

Concluye en su estudio que los pacientes que abandonan a la segunda sesión, o bien no valoran al terapeuta o no se sienten entendidos. Con respecto a la mejoría sentida por los pacientes, la autora encuentra que aquellos que abandonaron en la primera sesión no encontraron ninguna mejoría.

Moras<sup>139</sup> centra su estudio en establecer las diferencias detectadas entre abandonar en las primeras sesiones o durante el seguimiento. Considera primeras sesiones las comprendidas entre

la primera y la quinta sesión o las producidas entre la primera y la sexta semana.

Realiza un trabajo con 157 pacientes adultos en consulta ambulatoria en Salud Mental y que son derivados a psiquiatría durante un periodo de dos años.

Solamente pueden ser estudiados 68 pacientes, que representan el 43% del total de la muestra. Concluye exponiendo que:

\* Las interrupciones que se produjeron en las primeras sesiones fueron debidas a fallos en las terapias.

\* Los fallos en las primeras sesiones también fueron debidos a las expectativas de los pacientes.

\* Los pacientes que continúan fueron aquellos que percibieron la terapia como eficaz.

Como autores que centran el abandono en relación con el tiempo de espera para iniciar la terapia se puede citar Orme y Boswell <sup>140</sup>, que en el trabajo realizado con una muestra de 721 pacientes, a los que se les programó una primera entrevista con distintos tiempos de espera, concluyeron defendiendo que cuanto mayor sea el tiempo de espera, mayor número de abandonos se detectan.

Distintas conclusiones se derivan del trabajo realizado por Freund, Russell y Dchwitzer<sup>141</sup>, que estudian la influencia del tiempo de demora sobre el abandono terapéutico con una muestra de 60 sujetos universitarios a los que se les cita en una primera entrevista con tiempos de demora que oscilan entre cuatro y cincuenta y tres días. De los resultados obtenidos concluyen que no encuentran correlación alguna entre el abandono y el tiempo de espera.

Otros autores, como Richmond<sup>91</sup> en un trabajo realizado con una muestra de 624 pacientes, establecen como hipótesis que el abandono se produce en las distintas fases de la terapia.

Esta hipótesis la establece Richmond<sup>90</sup> a partir de los resultados obtenidos en su anterior investigación.

Considera como distintas fases de la terapia:

- a) Toma de contacto.
- b) Evaluación.
- c) Proceso terapéutico.

Obtiene distintas tasas de abandono como resultados:

\* En la 1ª Fase (Toma de contactos) se detecta el 77,06%.

\* En la 2ª Fase (Evaluación) se detecta el 72,81% de abandonos.

\* En la 3ª Fase (Proceso terapéutico) se detecta el 62,65%.

En cuanto a la influencia de la forma de solicitar las citas sobre el abandono terapéutico, Chiesa<sup>142</sup> plantea como hipótesis que la forma de pedir la cita influye en el abandono.

Toma una muestra de 65 pacientes citados en 1969 y 207 pacientes citados en 1985. Compara dos grupos de pacientes, unos que pidieron la cita personalmente y otros que la solicitaron por teléfono.

Se da la circunstancia que en el Centro donde realiza su investigación, desde el año 1980, únicamente se citaba telefónicamente, en la creencia de que solo utilizarían este método aquellos pacientes interesados realmente en la terapia.

De los resultados de su investigación se desprende que no existen datos significativos entre los dos grupos de pacientes.

Centrándose en el número de consultas a las que acude el paciente antes de abandonar, Wingerson et al<sup>94</sup> realizan un estudio con una muestra de 112 pacientes con trastornos de ansiedad y obtienen como resultados que 45 pacientes abandonaron en las primeras dos semanas.

La influencia de la Ansiedad del paciente en el abandono terapéutico ya había sido estudiada también por Jones<sup>143</sup>.

Haygood<sup>62</sup> indica que se pueden establecer dos tipos de tratamiento, teniendo en cuenta el tiempo que el paciente permanece en el mismo:

\* Tratamientos de larga duración, con resultados exitosos y que terminan por consenso entre terapeuta y paciente.

\* Tratamientos de corta duración con resultados de abandono y fracaso terapéutico.

También encuentra que el terapeuta podía predecir tanto la duración como los resultados terapéuticos.

Smith, Subich y Kalodner<sup>144</sup> realizan un estudio sobre el abandono con estudiantes universitarios tratando de encontrar predictores del abandono y obtienen como resultado que el abandono terapéutico se produce en el momento de cambio dentro del proceso terapéutico.

En cuanto a la relación entre el tiempo de permanencia en terapia y el abandono terapéutico se encuentra otro trabajo de Smith et al<sup>99</sup>, que en el estudio realizado con una muestra de 36 pacientes bipolares de edades comprendidas entre 20 y 40 años, obtiene como resultados que el 31% abandona a los 3 meses y el 36% abandona a los 6 meses.

Morlino, Martucci, Musella y Bolzan<sup>145</sup> realizan su investigación con una muestra de 158 pacientes y obtienen como resultados que:

- \* El 37% abandona antes de la primera cita.
- \* El 41% abandona después de la primera cita.
- \* El 28% abandona después de la segunda cita, por lo que únicamente 49 pacientes continuaron después de la segunda cita, que representa el 31% de la población de estudio.

Tanto Mohl, Martinez, Ticknor y Huang<sup>146</sup>, como Kazdin<sup>147</sup>, coinciden en las conclusiones de sus investigaciones en señalar que los pacientes abandonadores tempranos obtuvieron menos ventajas en los tratamientos que los continuadores, y que los abandonadores tempranos encontraron menos mejoría en sus problemas que aquellos pacientes que continuaron los tratamientos.

En cuanto a la obtención de mejoría en el paciente, independientemente del número de sesiones a las que acuda antes de abandonar, se encuentra el trabajo de Adam<sup>79</sup>, que defiende que por corto que sea el tratamiento, el paciente obtiene una mejoría respecto a la situación anterior.

Morlino, Martucci, Musella, Bolzan y Girolamo<sup>145</sup> realizan un estudio con 158 pacientes con objeto de determinar en que momento se produce el abandono de las consultas y encuentra:

\* Que en todos los casos se tuvo en cuenta que el paciente no volviera a solicitar cita para las consultas de Salud Mental dentro de los tres meses siguientes.

\* Que la percepción de los pacientes sobre el rigor o severidad de su diagnóstico psiquiátrico era un factor asociado al abandono.

#### 4.6.- SOLUCIONES PROPUESTAS

##### *Influencia del Pretratamiento*

Todd<sup>148</sup> hace constar que diversas investigaciones han estudiado variables demográficas, relación terapeuta/paciente, expectativas, y aún no se han llegado a conocer indicadores predictores del abandono ni las causas del mismo.

El autor recoge datos durante seis meses y realiza una sesión de pretratamiento, realizando un seguimiento un año después. Concluye que es mayor la adhesión al tratamiento en aquellos pacientes que realizaron una sesión inicial.

En la misma línea de estudio se encuentran los trabajos de Barnett<sup>149</sup>, Monty<sup>150</sup> y Wilson<sup>151</sup>.

Barnett<sup>152</sup>, posteriormente investiga sobre la preparación del paciente para iniciar una psicoterapia. Se basa en aconsejar al

paciente sobre la conveniencia de la psicoterapia, y posteriormente evalúa los abandonos que se producen.

Los resultados indicaron que el abandono se reducía en un 50% en aquel grupo de pacientes a los que se les ofreció una sesión de pretratamiento.

Tess<sup>153</sup> estudia con una muestra de 64 pacientes el impacto que la preparación para la admisión en psicoterapia produce en el abandono de las consultas. Establece en su estudio 4 grupos, diferenciándose los mismos en la forma de aplicación de la primera entrevista informativa:

- 1.- Grupo control.
- 2.- Al que proporciona un paquete informativo.
- 3.- Con el que establece un contrato terapéutico.
- 4.- Al que le administra un paquete informativo + un contrato terapéutico.

Posteriormente estudia qué ocurre después de la primera toma de contacto, y después de acudir a seis sesiones.

Mide la asistencia de la forma siguiente:

- \* Pacientes que acuden a la primera sesión.
- \* Pacientes que acuden a las tres primeras sesiones.
- \* Pacientes que acuden a las seis primeras sesiones.

Encuentra como resultados:

\* Mayor continuidad, en cualquier grupo, en comparación con la obtenida en el grupo control.

\* Mayor continuidad en el grupo al que oferta paquete informativo más contrato terapéutico (4º grupo), aunque no detecta grandes diferencias con respecto a los otros grupos.

\* Se produce menor número de abandonos en aquellos pacientes que acudieron a las seis primeras sesiones.

\* Por último se observó mejoría significativa en el grupo que acudió a seis sesiones.

Concluye el autor que un pretratamiento ayudaría a disminuir el abandono.

Wilson<sup>154</sup> considera que uno de los problemas que plantea la psicoterapia, es el abandono que surge antes de llegar al final de la misma.

Considera que de un 20% a un 57% abandona después de la primera sesión y que de un 31% a un 56% lo deja después de la cuarta sesión.

Indica que la mayoría de los pacientes abandonan después de la primera sesión y que esto hace que no estén dispuestos a volver a

ninguna consulta. Trata de resolver este problema ofertando a los pacientes de los distintos grupos, una sesión de pretratamiento, bien verbal o a través de vídeo.

Al estudiar los resultados obtenidos detecta que aumenta el número de sesiones a las que acude el paciente, disminuyendo por tanto el número de abandonos, pero no encuentra cambios significativos en las expectativas del paciente.

Devins<sup>155</sup>, Miller<sup>156</sup> y Chiesa<sup>142</sup> han planteado dentro de la misma línea en sus respectivas investigaciones, que una sesión de pretratamiento disminuye el abandono psicoterapéutico.

Regnier<sup>157</sup>, parte en su estudio de la influencia del pretratamiento en la reducción del abandono. Establece distintos grupos a los que les suministra distinto grado de información: pobre (escrita), fuerte (verbal) y poderosa (escrita + verbal + vídeo), y un grupo control sin información alguna.

La muestra la constituyen 40 sujetos procedentes de psicoterapia externa a los que se asigna al azar cuatro terapeutas.

Basa el pretratamiento en dar instrucciones en relación a las seis variables siguientes:

- \* Conocimiento de la Psicoterapia.
- \* Motivar la permanencia en tratamiento.

- \* Control de la ansiedad relacionada con la impaciencia.
- \* Satisfacción con la experiencia terapéutica inicial.
- \* Índices de abandono.
- \* Impresión subjetiva del terapeuta sobre la aptitud para el tratamiento del paciente.

Como resultados encuentran:

- \* Que los pacientes que participaron en cualquier grupo experimental tenían mejor motivación y expectativas, disminuyendo la ansiedad en relación con el grupo control.
- \* Que disminuyeron los abandonos y aumentó la continuidad terapéutica.

Sherman y Anderson<sup>158</sup> defienden que si se les explica a los pacientes en qué va a consistir el tratamiento, los pacientes se mantienen en terapia un mayor número de sesiones.

Hoffman<sup>159</sup> considera en su trabajo tanto la repercusión de una previa sesión informativa, como la influencia de variables. Tiene en cuenta las variables correspondientes a “diagnóstico” y “experiencia psiquiátrica previa” del paciente. Concluye en su estudio que una sesión informativa puede mejorar los servicios comunitarios y encuentra que el perfil del paciente abandonador estaría marcado por una menor experiencia psiquiátrica (en base a

no estar cronificado el problema) y la presencia de relaciones interpersonales conflictivas.

Raskin, Novacek, Bahlinger y Firth<sup>160</sup> realizan un estudio con 285 pacientes adultos y concluyen diciendo que la utilización de un pretratamiento, basado en una información adecuada al paciente y un enfoque del tratamiento, disminuye el abandono de las consultas.

Ben<sup>137</sup> concluye a partir de un estudio realizado con 307 pacientes de Salud Mental con diagnóstico psiquiátrico, que la puesta en marcha de una terapia previa informativa podría reducir el rechazo de los pacientes para acudir a consulta.

#### Otras alternativas

En trabajos posteriores Sledge et al<sup>88</sup> realizaron un estudio con una muestra de 149 pacientes, tratando de detectar, por un lado, si existen variables significativas predictoras del abandono terapéutico y por otro, si existe correlación entre la continuidad terapéutica y el conocimiento por parte del paciente sobre la duración de los tratamientos.

De los resultados de su trabajo se desprende que no existía correlación significativa entre abandono y:

\* Variables demográficas del paciente.



\* Características terapéuticas.

\* Diagnóstico.

También encontraron que la tasa de abandono se reducía en un 50% en el grupo experimental al cual se le indicó el tiempo de duración del tratamiento, no influyendo la duración prevista para la terapia.

Concluyen defendiendo que el abandono se reduce si el paciente conoce el tiempo de duración de la terapia.

En la misma línea Good<sup>44</sup> defiende la opción de establecer la duración de la terapia, considerando influyente el haber o no fijado el tiempo de duración de una terapia en el fenómeno del abandono.

Concluye de los resultados de su investigación que el paciente abandona menos, cuando el tiempo de duración y terminación de la terapia está definido.

Stickney, Hall, y Gardner<sup>161</sup> recogen una serie de medidas expuestas por otros autores y dirigidas a reducir la tasa de abandono en un 50%, que enumeran de la forma siguiente:

\* Mejorar la eficiencia del proceso de remisión, asignando un coordinador para definir el programa terapéutico para los pacientes admitidos en consultas externas. Se basa en las

investigaciones de Krulee y Hales<sup>92</sup> por un lado y Boring, Anish, Taub y Kline<sup>162</sup> por otro.

\* Recoge conclusiones de las investigaciones de Rock<sup>163</sup> y Craig, Huffine y Brooks<sup>164</sup>, que sugieren que los tiempos de espera relativamente cortos (una semana), pueden aumentar el cumplimiento sobre la asistencia a las consultas.

\* Otros autores como Hochstadt y Trybula<sup>165</sup> por un lado y Burgoyne, Acosta y Yamamoto<sup>166</sup> por otro, indican que el hecho de llamar a los pacientes uno o dos días antes de la cita reduce las tasas de no acudir a las consultas, y que las llamadas pueden ser utilizadas para motivar al paciente y facilitan el hecho de establecer una relación terapeuta-paciente y también conocer si el paciente va a acudir a la cita o bien ha elegido otro terapeuta u hospital.

Chen<sup>167</sup> ha sugerido que además de acortar el periodo de lista de espera, el uso de cartas y llamadas pueden ser utilizadas para informar al paciente de que tipo de terapia será utilizada y motivar al paciente para que acuda a las citas programadas.

Jellinek<sup>168</sup> y Blouin<sup>169</sup> se centran en defender que las entrevistas con los pacientes deben de incluir la empatía y aseguran el buen entendimiento de la terapia. Jellinek añade que es conveniente identificar a los pacientes con riesgo a no acudir a consulta, con

objeto de poder establecer intervenciones específicas para incrementar la asistencia a consulta

Matas et al<sup>24</sup> extraen de su investigación una serie de medidas para reducir el número de abandonos a las consultas, a saber:

- \* Realizar llamadas telefónicas.
  
- \* Canalizar los pacientes y remitirlos a programas específicos (terapia familiar, programas de ansiedad, programas de geriatría).
  
- \* No dar cita hasta tres días antes de la consulta.
  
- \* Informar a los pacientes de que existe una larga lista de espera y si el paciente falta a dos citas iniciales, no se le volverá a dar una nueva cita.
  
- \* No dar cita antes de dos semanas a aquellos pacientes que son derivados desde las urgencias hospitalarias, ya que a veces, una vez remitida la situación de emergencia, el paciente no está interesado en realizar una terapia como paciente externo.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ***CAPÍTULO II***

### ***JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS***

## **CAPÍTULO II**

### **JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

#### **1.- JUSTIFICACIÓN**

Se ha detectado que el “Abandono terapéutico” dentro de las consultas de Salud Mental se produce con más frecuencia de la deseada y esperada por los distintos profesionales que trabajan en Salud Mental.

El fenómeno del “Abandono”, supone unos costes tanto asistenciales como económicos, ya que la efectividad y la eficiencia del trabajo terapéutico se ve mermada en cuanto que produce repeticiones de terapias e interrupción del trabajo terapéutico ya iniciado y programado.

La disminución en la rentabilidad del trabajo, unida a la no resolución de la problemática del paciente, objeto de la demanda terapéutica, lo cual se materializa en el mantenimiento del problema, hace que algunos profesionales se cuestionen su trabajo como un fracaso.

La magnitud del problema ha sido un motivo más que suficiente para que se considere como un tema importante de estudio, tratando de conocer los motivos que hacen que el paciente abandone las consultas en el Equipo de Salud Mental.

Las primeras investigaciones se han dirigido a buscar indicadores que puedan ser predictores del abandono terapéutico, sin parecer estos estudios en ningún momento exitosos ni concluyentes.

Los estudios de referencia parecen estar centrados en establecer hipótesis en base a variables predictivas del “abandono terapéutico”, como:

- \* El paciente y sus características
- \* El terapeuta y sus características personales y/ o de trabajo
- \* Relación entre terapeuta y paciente
- \* Entorno terapéutico, englobando no solo el lugar físico sino también el tipo de tratamiento.

Los trabajos centrados en localizar variables demográficas del paciente, se han dirigido a establecer jerarquías sobre características o rasgos de personalidad que se han tratado de relacionar con el “abandono terapéutico”.

Con respecto al terapeuta, también se han estudiado características de personalidad, expectativas que éste crea en el paciente y tratamiento utilizado.

En cuanto al estudio de la relación terapeuta/paciente, no solo se estudia la relación terapéutica propiamente dicha, sino también el entorno terapéutico de forma más amplia.

Otras investigaciones se han dirigido a estudiar en qué momento del tratamiento se produce el abandono de las consultas, tratando de conocer si se puede establecer una relación con el tiempo de permanencia del paciente en los tratamientos, medido tanto por el número de consultas cumplimentadas como por el momento temporal de producirse el abandono, es decir, se ha intentado detectar si existe un momento crítico indicativo de que puede producirse el abandono de las consultas por el paciente.

También se ha tenido en cuenta la importancia conceptual del término "Abandono", incidiendo en la ambigüedad existente en el uso del mismo, al detectarse que en diferentes estudios se utiliza el mismo término para indicar fenómenos distintos.

La divergencia de expectativas que se puede establecer entre el terapeuta y el propio paciente, ha constituido un campo de interés dentro del tema en estudio.

Se tienen en cuenta también estudios dirigidos a tratar de establecer relaciones entre el "abandono terapéutico" y la persona que motiva al paciente para que se origine la demanda terapéutica, profesionales sanitarios, familiares, etc.

En el presente estudio se considera que se produce "**Abandono de las consultas de Salud Mental**", cuando, el paciente previa solicitud voluntaria y tras ponerse en contacto con el Equipo de Salud Mental, personalmente o por teléfono y obtener una cita

programada para las consultas de psicología o psiquiatría, no acude a la cita, o bien interrumpe el tratamiento o la terapia iniciada, dejando de acudir de forma voluntaria y sin previo aviso a la cita que le fue asignada, no volviendo a contactar con el Equipo durante un periodo al menos de tres meses, contado desde la última cita programada que le fue asignada”.

Se entiende que “el abandono terapéutico” no debe considerarse como un fracaso terapéutico, pero sí como un hecho que afecta a los costes asistenciales, ya que se produce en detrimento de otros pacientes que no se benefician de la posibilidad de tratamiento.

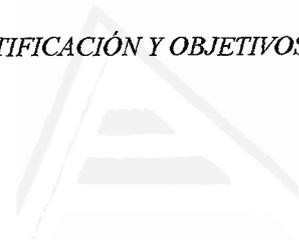
Las repercusiones derivadas del comportamiento de este grupo de usuarios “abandonadores” se refleja en un incremento del trabajo burocrático, tanto en el lugar de recepción, como en dar citas, abrir historias, cerrarlas incompletas etc....

También se produce un incremento económico, ya que los huecos entre consultas difícilmente se pueden rentabilizar con otras tareas.

Las listas de espera se incrementan al englobar un determinado número de pacientes que no van a utilizar las consultas previamente solicitadas, evitando así que puedan ser utilizadas por otros pacientes.

La problemática planteada invita a investigar diversos aspectos de orden cualitativo, que sólo posteriores trabajos de investigación podrían ir desarrollando.

Los trabajos ya clásicos sobre el tema en estudio no parecen haber llegado a conclusiones esclarecedoras, ni han encontrado indicadores que puedan predecir el abandono, por lo que podemos pensar que puedan aparecer características ambientales y/o circunstanciales del paciente que puedan estar relacionadas con el abandono o la interrupción de la psicoterapia, resaltando la mayoría de los autores la necesidad de una definición uniforme sobre la significación del concepto “abandono terapéutico”.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 2.- OBJETIVOS

Los objetivos de esta investigación se pueden operativizar en tratar de conocer y determinar:

- \* La magnitud del abandono de las consultas en éste área
- \* La influencia de factores demográficos y socioeconómicos en el fenómeno del abandono terapéutico.
- \* La posible correlación con otros factores personales.
- \* En que consultas se produce con mayor intensidad el abandono.
- \* Si el abandono terapéutico se presenta asociado con unas determinadas patologías o con determinados problemas o conflictos del paciente .
- \* El número de citas a las que acude el paciente antes de producirse el abandono y el tiempo de permanencia en los tratamientos.
- \* La percepción del paciente sobre sus propios problemas y el tiempo de permanencia de los mismos, antes del inicio de los tratamientos.

- \* Los motivos o circunstancias que llevan al paciente a decidir dar por terminada la terapia.
- \* La autovaloración que el propio paciente establece del tratamiento prescrito y el grado de mejoría percibida.
- \* La implicación del paciente con los tratamientos y si se mantiene una predisposición a reiniciar las consultas en Salud Mental.
- \* Determinar recomendaciones para la reorganización de los servicios con objeto de disminuir el abandono terapéutico.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**CAPÍTULO III**  
**MATERIAL Y MÉTODOS**



**CAPÍTULO III**  
**MATERIAL Y MÉTODOS**

**1.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO  
DE SALUD MENTAL DENTRO DEL ÁREA 15 DE SALUD**

**1.1.- ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS  
UNIDADES DE SALUD MENTAL.**

Se ha realizado el presente estudio en la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, dentro del Área 15 de Atención Primaria y más concretamente en el Equipo de Salud Mental adscrito a dicha Área.

La atención en Salud Mental en la Comunidad Valenciana, se encuadra en el marco general de la Atención Primaria, dentro del Servicio Sanitario Público. (Decreto 148/86 del Consell de la Generalitat Valenciana).

Teniendo en cuenta que la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de Abril), estableció que la Salud Mental se abordara dentro del ámbito comunitario, el Consell de la Generalitat aprobó en 1991 el Plan de Salud Mental..

Las *ÁREAS DE SALUD* son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario y están enmarcadas por límites territoriales. (Artículo 15. Cap. IV de la Ley del S.V.S.)

Las UNIDADES DE SALUD MENTAL, son unidades especializadas de apoyo a la Atención Primaria, que tienen la consideración de Centros o Unidades de Área. (Artículo 5 del Decreto 148/86 de 24 de Noviembre del Consell de la Generalitat, que regula la prestación de Servicios en materia de Salud Mental).

Dentro de la Conselleria de Sanitat, la Atención Primaria abarca la asistencia inicial de todos los problemas de salud desde una concepción integral, que incluye tanto actividades asistenciales como de promoción y prevención.

Se ha considerado conveniente ubicar las Unidades de Salud Mental en los Centros de Salud, ya que se establecen como Unidades de Apoyo a la Atención Primaria y por ello se adscriben dentro de la estructura de gestión de la Conselleria de Sanitat, en las Direcciones de Atención Primaria de las correspondientes Áreas Sanitarias.

El Área 15 atiende a los pacientes en los distintos Centros de Salud, englobando algunos de ellos distintos Consultorios.

Dentro del Área 15, nos encontramos con distintos Centros asistenciales:

- ♦ Hospital Comarcal, ubicado en Municipio de Villajoyosa.
- ♦ Centro de Especialidades de Benidorm
- ♦ Centro de Salud de Villajoyosa, que recoge los Consultorios de:



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

- \* Sella
- \* Finestrat
- \* Orcheta
- \* Relleu
- ◆ Centro de Salud de Alfaz del Pí, que recoge los Consultorios de:
  - \* La Nucia
  - \* Polop
- ◆ Centro de Salud de Altea
- ◆ Centro de Salud de Callosa d'en Sarria, que recoge los Consultorios de:
  - \* Tarbena
  - \* Bolulla
  - \* Benimantell
  - \* Confrides - Abdet
  - \* Benifato
  - \* Guadalest
  - \* Beniarda

Aunque el Equipo de Salud Mental atiende a toda la población del Área, se ubica geográficamente para un mejor funcionamiento en aquellos Centros de Salud de mayor densidad de población, subdividiéndose el Equipo en Unidades de Salud Mental, que se ubican y/o se desplazan a los distintos Centros de Salud.

La cabecera del Área 15 está ubicada en Benidorm, y atiende en su totalidad a una población aproximada de 106.632 habitantes, según consta en el Censo Poblacional Sanitario del Área.

Los Centros Sanitarios con mayor densidad poblacional son concretamente el Ambulatorio de Benidorm que atiende una población aproximada de 42.442 habitantes, y el Centro de Salud de Villajoyosa, que atiende a una población aproximada de 25.145 habitantes.

En el Centro Sanitario de Benidorm constan censados:

- 6.277 niños ( con edades comprendidas entre 4 y 12 años)
- 3.655 adolescentes (con edades comprendidas entre 13 y 17 años)
- 30.438 adultos (con edades comprendidas entre 18 y 80 años)
- 401 ancianos ( con edades superiores a 80 años).

En el Centro Sanitario de Villajoyosa constan censados:

- 3.098 niños (con edades comprendidas entre 4 y 12 años)
- 2.039 adolescentes (con edades comprendidas entre 13 y 17 años)
- 18.304 adultos (con edades comprendidas entre 18 y 80 años)
- 614 ancianos (con edades superiores a 80 años)

El Equipo de Salud Mental del Área 15, está formado por 6 Psiquiatras, 3 Psicólogos, 2 Enfermeros diplomados, 1 Administrativo, y cuenta con la colaboración de 2 Trabajadoras Sociales a tiempo parcial. El citado personal se ubica y estructura de la forma siguiente:

**Unidad de Salud Mental de Benidorm.-** Se encuentra ubicada en el Ambulatorio de Benidorm y está formada por:

2 Psiquiatras

2 Psicólogos (uno de ellos únicamente presta labor asistencial cuatro días a la semana).

1 Enfermero Diplomado

1 Administrativo

1 Trabajadora Social (que trabaja a tiempo parcial)

**Unidad de Salud Mental de Villajoyosa.-** Se encuentra ubicada en el Centro de Salud de A. Primaria de Villajoyosa y está formada por:

1 Psiquiatra

1 Psicólogo (con trabajo asistencial cuatro días a la semana)

1 Enfermero Diplomado

1 Trabajadora Social, que colabora con la Unidad de Salud Mental, pero que pertenece a nivel de personal al Centro de Salud propiamente citado.

**Unidad de Hospitalización.-** Se encuentra ubicada en el Hospital de Área de la Marina Baixa, y está atendida por 2 Psiquiatras del Equipo de Salud Mental. El resto del personal que forma esta Unidad de Hospitalización, la constituye personal perteneciente al propio Hospital.

El Equipo de Salud Mental extiende sus actuaciones en los Centros de Salud de Callosa d'Ensarrià; Alfaz del Pí y Altea, mediante el desplazamiento de diversos profesionales pertenecientes al propio Equipo.

Todo ello hizo que se abriesen durante el año 1993 un total de 1.324 historias clínicas, de las cuales 254 corresponden a niños menores de 15 años, y las restantes 1.070 historias pertenecen a pacientes adultos

En cuanto a los diagnósticos consignados, es necesario tener en cuenta que consta en muchos casos la primera impresión diagnóstica o bien se hace referencia a la sintomatología básica que presenta el paciente en la primera entrevista.

#### MORBILIDAD CORRESPONDIENTES A 1993.

GRUPOS DIAGNÓSTICOS	n
TRASTORNOS AFECTIVOS	348
NEUROSIS, TRAST. POR ESTRÉS Y SOMATOFORMES	351
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA	152
PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA Y ESTADOS PARANOIDES	69
PSICOSIS ORGÁNICA	39
DROGODEPENDENCIAS	13
OTROS DIAGNÓSTICOS	154
NO DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO	198

Durante el año 1994, fueron abiertas 1.330 historias clínicas, de las cuales 187 pertenecieron a niños menores de 15 años, y las 1.143 historias restantes pertenecen a pacientes adultos.

Respecto a la apertura de historias, corresponden a Psiquiatría 994 y a Psicología 420 historias, y tienen carácter urgente 151 historias abiertas por Psiquiatría y 3 historias abiertas por Psicología, lo que hace un total de 1.568 primeras consultas realizadas durante el año 1994.

#### MORBILIDAD CORRESPONDIENTE A 1994

GRUPOS DIAGNÓSTICOS	n
TRASTORNOS AFECTIVOS	396
NEUROSIS, TRAST. POR ESTRÉS Y SOMATOFORMES	395
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA	176
PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA Y ESTADOS PARANOIDES	97
PSICOSIS ORGÁNICA	38
DROGODEPENDENCIAS	37
OTROS DIAGNÓSTICOS	243
NO DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO	186

Los datos que han servido de base a la investigación proceden de todos los "abandonos" detectados en las consultas de Salud Mental durante el periodo comprendido entre el uno de Enero de 1993 y el treinta y uno de Diciembre de 1994.

Se conoce que el Equipo de Salud Mental de Área ha abierto un total de 2.654 historias clínicas durante el periodo comprendido entre Enero de 1993 y Diciembre de 1994, de las cuales se van a

estudiar únicamente aquellas historias clínicas en las que se detecta que se ha producido “abandono terapéutico”.

Las Unidades de Salud Mental atienden pacientes remitidos por los distintos profesionales de Atención Primaria, como son Médicos Generalistas o de Familia, Pediatras, Trabajadora Social y Matronas.

El Equipo de Salud Mental también atiende las derivaciones procedentes del Centro de Especialidades, de los Equipos Psicopedagógicos dependientes de los Ayuntamientos, cuando se detectan problemas infantiles dentro del entorno escolar, de los distintos Juzgados con jurisdicción dentro del área, de los Servicios Sociales de Drogodependencia y de la Unidad de Hospitalización del Hospital de Área, enclavada en el Municipio de Villajoyosa.

### 1.2.- DERIVACIONES PROCEDENTES DE LOS CENTROS DE SALUD

El mayor número de pacientes atendidos por las Unidades de Salud Mental proceden de las derivaciones efectuadas por los distintos profesionales ubicados en el Centro de Especialidades y en los Centros de Salud que trabajan dentro de la Atención Primaria.

El procedimiento de derivación se realiza extendiendo los distintos profesionales un volante dirigido al Equipo de Salud Mental, en el que expresan los motivos o causas que originan la decisión de éstos de considerar conveniente o necesario que el paciente acuda al Equipo de Salud Mental.

En los impresos de derivación, en algunas ocasiones está claramente determinado el destinatario, especificándose concretamente que el paciente derivado sea atendido a nivel psicológico o a nivel psiquiátrico.

En otras ocasiones, el profesional derivante no tiene claro a quien formular la derivación del paciente de forma concreta y en estos casos realiza la derivación de forma genérica a "Salud Mental".

### 1.3.- DERIVACIONES PROCEDENTES DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

A la Unidad de Hospitalización acuden los pacientes para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada, por lo que esta unidad atiende a enfermos psiquiátricos en situación aguda o de crisis y la estancia media se sitúa entre 15 y 30 días. Estos pacientes generalmente ya son atendidos de forma continuada por las Unidades de Salud Mental en las consultas externas, ubicadas como ya se ha mencionado en los respectivos Centros de Salud.

También atiende la Unidad de Hospitalización a otros pacientes, de los cuales no existe historia clínica abierta en el Área, en cuanto a Salud Mental se refiere, pero que llegan a este Servicio directamente desde las urgencias hospitalarias, bien se trate de pacientes residentes o desplazados en el Área.

Así pues, las derivaciones que la Unidad de Hospitalización realiza a las Unidades de Salud Mental, ubicadas en los respectivos Centros de Salud, la constituyen:

- a) Pacientes que aún tenido historia abierta, han abandonado el tratamiento establecido y han dejado de acudir a las citas establecidas en las Unidades de Salud Mental, por lo que sufren una nueva recaída, o bien que a pesar de estar siguiendo un tratamiento continuado y cumplir las prescripciones establecidas, sufren una crisis en un momento dado.
- b) Pacientes de nuevo ingreso en la Unidad de Hospitalización, y que una vez controlados y estabilizados, son derivados para continuar tratamiento en las Unidades de Salud Mental correspondiente.

En resumen, la demanda de tratamiento en el Equipo de Salud Mental se origina desde:

a) Los propios pacientes como promotores directos de su propia demanda, que a su vez formulan a los distintos Profesionales Sanitarios para su canalización posterior al Equipo.

b) En otras ocasiones, la familia es la que motiva o convence a uno de sus integrantes de la necesidad de un tratamiento en Salud Mental, o bien es la propia familia, sin tener en cuenta al paciente, la que formula la demanda para uno de sus miembros.

c) En otros casos la iniciativa parte de algún Profesional Sanitario, como ya hemos indicado anteriormente, que considera conveniente que el paciente sea tratado por Salud Mental.

d) Demandas que provienen de Instituciones u Organismos ajenos a los Servicios Sanitarios y que solicitan atención del Equipo, al detectarse una problemática psíquica a raíz de ponerse de manifiesto la existencia de conflictos sociales o familiares en determinados pacientes.

e) Demandas que tienen su origen en mandamientos judiciales que obligan a los sujetos encausados a mantener un tratamiento continuado en el Equipo de Salud Mental.

#### 1.4.- ACCESO DE LOS PACIENTES A LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL EN BENIDORM Y VILLAJOYOSA.

Los pacientes tienen dos formas de contactar con el Equipo de Salud Mental para solicitar ser atendidos, bien sea en su primera consulta o en consultas sucesivas.

\* Acudiendo personalmente al Centro de Salud de Atención Primaria, donde serán atendidos por el personal administrativo del Centro, o bien acudiendo directamente al Equipo de Salud Mental.

\* Telefónicamente, siendo atendido por el mismo personal referenciado en el punto anterior.

##### A - SOLICITUD DE PRIMERAS CONSULTAS

El paciente presentará la hoja de derivación que previamente le ha sido extendida por el profesional derivante de Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, o cualquier otro profesional perteneciente a otros Equipos de Apoyo, tanto a nivel Sanitario o de Servicios Sociales.

A la vista de la hoja de derivación, le será asignada una primera consulta para el profesional Psicólogo o Psiquiatra, según se especifique.

Caso de que no conste de forma concreta a que profesional deberá ser derivado y figure de forma ambigua "Salud Mental", será atendido el paciente por el profesional designado por el Equipo para filtrar la demanda y posteriormente ser derivado al terapeuta más adecuado.

Concretamente en estas Unidades objeto de estudio, los pacientes cuyas derivaciones van dirigidas al Psicólogo, piden directamente una primera consulta con este profesional, de tal forma que la entrada en la Unidad, se realiza a través del administrativo correspondiente que le da la primera cita por riguroso orden, estando por tanto determinada la demora por la lista de espera de cada profesional, salvo en aquellos casos en que se exprese de forma concreta por el facultativo derivante, el carácter "urgente" o "preferente" con que el paciente debe de ser atendido. En esos casos concretos, los pacientes saltarán la lista de espera y serán atendidos de forma inmediata, siguiendo las normas establecidas para estos casos.

Por otro lado, los pacientes que son derivados, tanto a Psiquiatría, de forma concreta y de forma generalizada a "Salud Mental", son vistos por primera vez por el Enfermero, que es el profesional encargado en el Equipo de Salud Mental en el Área 15 para determinar con que urgencia o demora serán visitados por primera vez por el Psiquiatra correspondiente, que puede ser tanto ese mismo día, si se considera necesario, como otro día posterior programado en función de la lista de espera.

Por tanto es el Enfermero el filtro de entrada, tanto de los pacientes que son derivados de forma concreta a Psiquiatría, como de otros tantos pacientes en los que no está clara la derivación solicitada, y que son portadores de hojas de derivación en las que se hace constar como destinatario "Salud Mental".

Dentro del Área 15, y en los Centros de Salud donde se ubican las Unidades de Salud Mental, y concretamente durante el periodo de estos dos años en que se han recogido los datos base para nuestra investigación, no se han detectado listas de espera para las primeras consultas tanto de Psicología como de Psiquiatría, existiendo una demora en la atención como máximo de quince días. Se descarta por tanto que los abandonos en las consultas de Salud Mental, pudiesen estar ocasionados por la existencia de lista de espera, que pudiesen motivar que los pacientes no se sintiesen atendidos en sus demandas.

### B - REVISIONES

Las citas para consulta, correspondientes a las revisiones sucesivas de los pacientes que ya están en circuito suelen ser asignadas por el mismo profesional, dependiendo su frecuencia de la problemática de cada paciente y del momento en que se encuentre el proceso terapéutico, sin olvidar que ha de adaptarse a la presión asistencial de la demanda y al número de pacientes con que esté trabajando el Terapeuta correspondiente.

Se ha de tener en cuenta que uno de los objetivos del Equipo es atender la demanda que se produce, sabiendo que ésta tiene fluctuaciones.

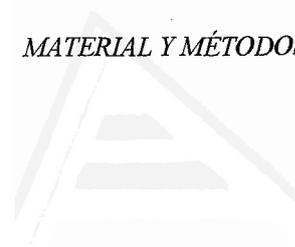
Las variaciones en la demanda hacen que la frecuencia de las revisiones tenga que ajustarse a la cuantía de la misma, con objeto de que los pacientes derivados al Equipo de Salud Mental sean atendidos en su totalidad.

Además es preciso señalar que no todos los pacientes necesitan la misma atención terapéutica en cuanto a la frecuencia con la que es conveniente pautar las revisiones que cada uno precisa, que en todo momento se han de ajustar a la patología y a la fase en la que el paciente se encuentra dentro del proceso terapéutico.

### C - CAMBIO DE CONSULTAS PREVIAMENTE PROGRAMADAS

Cuando por cualquier circunstancia el paciente no puede acudir a las consultas que previamente tiene programadas, ya sea a la primera, o a las revisiones sucesivas, el cambio de cita para la consulta se realizará acudiendo el paciente al Equipo de Salud Mental, o bien llamando por teléfono.

El cambio de cita lo puede realizar el administrativo si lo hubiere, o bien el propio terapeuta que atiende al paciente, según se haya establecido en las respectivas Unidades, de forma que la interrupción de las consultas sea la menor posible.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

### D - ATENCIÓN URGENTE

Los pacientes derivados de forma urgente son atendidos dentro del mismo día. La atención al paciente la realiza el terapeuta al que vienen dirigidos, (psicólogo o psiquiatra), de forma inmediata o después de terminar las citas programadas, siempre dependiendo del estado en que se encuentren los pacientes, teniendo en cuenta tanto al paciente que acude de forma urgente, como al paciente que espera la consulta con su cita programada.

En base al sistema de funcionamiento, diariamente los distintos terapeutas tienen constancia del número de pacientes que tienen que atender, tanto procedentes de revisiones, como de primeras entrevistas, conociéndose el nombre, apellidos, teléfono, dirección o forma de contacto, siempre que el paciente lo haya facilitado cuando solicitó la primera cita, momento en el que se le pide para completar el protocolo de admisión.

Por tanto, cada terapeuta de las Unidades de Salud Mental, al finalizar la jornada laboral, conoce concretamente qué pacientes han acudido a su cita y que pacientes no lo han hecho, y si el abandono terapéutico se produce de la primera consulta, o de entrevistas sucesivas.

## 2.- DEFINICIÓN DE “ABANDONO” Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

### 2.1.- CONCEPTO DE ABANDONO TERAPÉUTICO

La experiencia indica que el “Abandono Terapéutico” se produce en distintos momentos a lo largo del proceso terapéutico:

\* Unas veces antes de iniciar el tratamiento. Esta circunstancia se produce cuando el paciente una vez solicitada cita para las consultas de Salud Mental y una vez le ha sido dada fecha de consulta y adscrito al facultativo correspondiente, no acude ni a la primera cita ni posteriormente a consulta.

\* En otras ocasiones el abandono se produce después de la primera consulta, es decir el paciente acude a la primera consulta pero deja de acudir a la siguiente cita programada.

\* También puede ocurrir que el paciente acuda durante un tiempo a consulta, asistiendo regularmente a las citas programadas, durante un determinado periodo de tiempo y abandone sin aviso previo, no anulando la consulta que tiene programada y no volviendo a solicitar cita para consultas sucesivas.

Parece conveniente reincidir en la idea conceptual de que el objetivo del presente estudio se centra en el “Abandono Terapéutico”, materializado en el abandono de las consultas en

Salud Mental, no teniendo por tanto en cuenta si el paciente continua cumpliendo las prescripciones recibidas en las consultas anteriores a las que acudió, en los casos de que hubiese iniciado el tratamiento en las consultas de Salud Mental.

Únicamente se pretende estudiar qué motivos surgen o que circunstancias aparecen, para que el paciente, que ya ha iniciado o tiene intención de iniciar un tratamiento en las Unidades de Salud Mental, deje de asistir a las consultas.

Teniendo en cuenta que también los pacientes por determinadas razones se ausentan de las consultas pero vuelven posteriormente a pedir cita, se ha definido en el presente estudio que se produce **“Abandono de las consultas de Salud Mental”**, como ya se ha indicado anteriormente, cuando el paciente previa solicitud voluntaria de consulta, y tras ponerse en contacto con el Equipo de Salud mental, personalmente o por teléfono, y obtener una cita programada para las consultas de psicología o psiquiatría, no acude a la cita, o bien interrumpe el tratamiento o la terapia iniciada, dejando de acudir de forma voluntaria y sin previo aviso a la cita que le fue asignada, no volviendo a contactar con el Equipo durante un periodo al menos de tres meses, contado desde la última cita programada que le fue asignada”.

## 2.2.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL ESTUDIO

Se han tenido en cuenta como criterios de inclusión de pacientes en la muestra de estudio, que corresponde a la totalidad de pacientes considerados como “abandonadores” en las consultas de Salud Mental de las Unidades de Benidorm y Villajoyosa, durante el periodo comprendido entre Enero de 1993 y Diciembre de 1994, a todos aquellos pacientes que cumplen los siguientes requisitos:

- \* Que el paciente tenga una cita previamente programada para las consultas de Salud Mental, es decir que conozca la fecha y la hora de citación en consulta.
- \* Que no acuda a la cita programada para consulta, siendo conocedor de la misma.
- \* Que no vuelva a ponerse en contacto con ningún profesional perteneciente al Equipo de Salud Mental, durante un periodo igual o superior a tres meses, después de haber dejado de acudir a consulta.
- \* Que no conste historia clínica abierta durante un periodo de tres meses, a contar desde la primera cita que le fue asignada al paciente y a la cual no acudió, lo cual indica que durante este periodo de tiempo no volvió a contactar con el Equipo.

\* En los casos en que exista historia clínica abierta, que no existan anotaciones en la misma dentro de los tres meses sucesivos a la fecha en que se detectó la ausencia del paciente a la última cita programada. Esta circunstancia se pone de manifiesto cuando consta en la historia clínica la anotación de “no acude” en la fecha de la última cita en la cual se detecta el abandono terapéutico, y no se vuelve a realizar ninguna anotación clínica, indicando por tanto que el paciente no ha acudido a consulta durante un periodo de tres meses desde la última fecha de consulta programada.

\* Que el abandono se produzca dentro del periodo comprendido entre Enero de 1993 y Diciembre de 1994.

Se quiere hacer constar que se plantea que todos los sujetos que constituyen la muestra tienen las mismas probabilidades de abandonar, independientemente del tiempo que tarden de hacerlo, es decir, el esfuerzo a realizar por los sujetos para acudir a consulta a cambio de dejar de hacer otras actividades, se establece como equivalente para todos los pacientes.



### **3.- VARIABLES CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO**

#### **3.1.- GRUPOS DE VARIABLES**

Las variables utilizadas en el presente estudio, se han considerado cualitativas en su totalidad y con un número de categorías independiente entre ellas. Se han agrupado para poder analizar la información recogida en los grupos de variables siguientes:

1º.- Variables que recogen la información demográfica de los pacientes:

\* Sexo.- Edad.- Estado Civil.- Forma de residir.- Nivel cultural.- Situación laboral.

2º.- Variables que recogen la forma de localización del paciente y el acceso a las consultas.

\* Forma de localización del paciente.- Forma de acceso del paciente al Equipo de Salud Mental.

3º.- Variables que recogen información sobre el tipo de tratamiento que abandona el paciente.

\* Tipo de tratamiento que abandona.- Tipo de tratamiento psicológico que sigue.- Tipo de tratamiento farmacológico



prescrito.- Si el paciente consume fármacos después de abandonar el tratamiento.

4º.- Variables que recogen información correspondiente a los grupos diagnósticos adultos e infantiles , siguiendo la clasificación del DSM-III-R y el CIE-10, como Entidades Nosológicas vigentes durante el periodo de recogida de datos.

5º.- Variables que recogen información sobre la estimación del tiempo de permanencia en tratamiento y momento en que se produce el abandono.

\* Estimación del tiempo de permanencia en tratamiento en meses.- Rango de consultas a las que acude.

6º.- Variables que recogen información sobre la percepción y mantenimiento del problema.

\* Origen o causa del problema.- Cronicidad o circunstancialidad del problema.- Permanencia del problema en la vida del sujeto.

7º.- Variables que recogen información sobre los motivos expresados por el paciente como causa o justificación del abandono terapéutico.

\* Motivos de abandono

8º.- Variables que recogen información sobre el estado del paciente después de producirse el abandono terapéutico.

\* ¿Abandonó el paciente por considerar que el problema había desaparecido?.- ¿Sigue existiendo el problema que le trajo a consulta?.- Caso de seguir existiendo el problema, el paciente ¿lo asume?.- ¿El paciente ha cambiado la forma de ver el problema a raíz de acudir a terapia?.- ¿Cómo se encuentra después de abandonar el tratamiento?.- Durante el tiempo que permaneció en consulta, ¿qué grado de mejoría percibió el paciente?.

9º.- Variables que recogen información sobre la implicación del paciente en las consultas de Salud Mental.

\* Tiene el paciente intención de reiniciar las consultas que ha interrumpido.- Cuando dejó la terapia que había iniciado recurrió a otros dispositivos.- Si volviera a tener problemas acudiría de nuevo a Salud Mental.

### 3.2.- ACLARACIONES A ALGUNAS VARIABLES

#### VARIABLE "EDAD"

Los sujetos se clasificaron en grupos que se han denominado: "Niños", "Adolescentes" y "Adultos".

Dentro del grupo "niño" se incluyen los pacientes con edades comprendidas entre 4 y 12 años.

Dentro del grupo "adolescente" se incluyen los pacientes con edades comprendidas entre 13 y 17 años.

En el grupo "adulto" se incluyen todos los sujetos a partir de los 18 años de edad.

#### VARIABLE "FORMA DE LOCALIZACIÓN"

"Telefónica".- Se utilizó cuando se logró contactar directamente con el paciente a través del teléfono, y también se incluyeron en este nivel el pequeño grupo de pacientes al que se pudo entrevistar personalmente en el Centro de Salud.

"Correo".- Se utilizó esta codificación con todos aquellos sujetos que contestaron por correo a través de la hoja de recogida de datos enviada..

La localización por correo se empleó en los casos siguientes:

- a) Cuando el paciente no indicó ningún número de teléfono como forma de contacto, sino que únicamente dejó su dirección.
- b) Cuando resultó incorrecto el número de teléfono y se pudo lograr la dirección del paciente.
- c) Cuando el teléfono de contacto pertenecía a un familiar o lugar de trabajo que ayudó a localizar al usuario.

Parece necesario indicar que la estructura urbana de Benidorm en sí, es complicada puesto que las direcciones están referidas más a urbanizaciones y nombres concretos de edificios que a calles urbanas como es habitual. Por otra parte el gran número de apartamentos y la forma de vivir temporal de los usuarios que se encuentran frecuentemente desplazados, hace que sea muy difícil llegar a ellos a través del correo ordinario. Además todas estas personas que viven de forma circunstancial en Benidorm no tienen teléfono en su mayoría, por lo que se hace más difícil la localización dentro del Municipio de Benidorm, que en el de Villajoyosa.

“Ilocalizable” .- Se utilizó esta codificación en todos aquellos pacientes que:

\* No constaba ni teléfono, ni domicilio de contacto.

\* Constaba número de teléfono y/ o domicilio, pero ninguno de ellos resultó operativo, ya que:

\* Los intentos de localización resultaron infructuosos.

\* No fueron contestadas las hojas de recogida de datos que se enviaron, ni tampoco fueron devueltas al Centro de Salud, con la anotación de "desconocidos" por el servicio de correos, lo que pudo ser indicativo de que el paciente recogiera la hoja de datos enviada, desconociéndose los motivos que hicieron que el paciente no contestara por ningún canal.

\* En aquellos casos en que la hoja de recogida de datos fue devuelta por el correo con la anotación de "ausente", o "traslado de domicilio", comprobándose a través de la información reflejada en la historia clínica la temporalidad de la residencia.

\* Cuando se detectó que el paciente había cambiado de domicilio, o bien figuraba este aspecto recogido en la historia clínica.

\* Cuando se detectó un cambio de teléfono. Es decir, cuando el actual propietario del número de contacto nos indicó que le pertenecía recientemente como nuevo adjudicatario, desconociendo al paciente buscado.

"Otros".- Se aplicó esta codificación cuando la información se obtuvo a través de otro profesional sanitario o familiar próximo

del paciente, teniendo en cuenta en ambos supuestos, que la información que se recogió es la que el propio paciente transmitió a estas terceras personas, que conocían no solo los motivos de abandono sino el estado posterior del paciente y el grado de incidencia del tratamiento, así como todos los demás datos que se necesitaron para completar la hoja de recogida de datos.

En estos casos concretos no se recogió la información del propio paciente, debido al propio trastorno o a otras circunstancias que impidieron que el paciente pudiera contactar directamente con el Equipo de Salud Mental.

En los casos en los que se detectaron abandonos infantiles, se trató de contactar con los padres, ya que son éstos los que realizaron la demanda, siendo por tanto los propios padres los concedores tanto de los motivos de abandono como de la información necesaria para la realización del presente estudio.

#### *VARIABLE "DIAGNÓSTICOS"*

Teniendo en cuenta los grupos establecidos en base a la edad:

"Niño".- Con edades comprendidas entre los 4 y 12 años

"Adolescente".- Con edades comprendidas entre 13 y 17 años

"Adulto".- Incluye todos aquellos sujetos de 18 y más edades.

Se han utilizado las clasificaciones empleadas en el DSM-III-R y en el CIE-10, como entidades nosológicas de amplia difusión vigentes en el momento de realizar la recogida de datos, y en base a ellas se han establecido dos grandes clasificaciones diagnósticas:

“Diagnósticos Infantiles”.- Dirigidos a pacientes infantiles con edades comprendidas hasta los 14 años, por ser esta edad el límite que establecen los Servicios Públicos de Salud para diferenciar si la atención al paciente debe ser realizada por el Pediatra o por el Médico de Familia.

“Diagnósticos Adultos”.- Asignados a todos aquellos pacientes de edades comprendidas entre los 15 y 17 años.

En cuanto a establecer qué diagnóstico se aplica a los “adolescentes”, se ha tenido en cuenta que la muestra y el estudio en su totalidad se ha realizado dentro de la Salud Comunitaria Pública, y por tanto se han respetado los límites que para la atención del usuario se establecen en cuanto a considerar como “niño” a todos aquellos sujetos incluidos hasta los 14 años de edad. Por tanto se han asignado diagnósticos infantiles a los adolescentes de 13 y 14 años de edad y de la misma forma se han asignado diagnósticos adultos a los adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 17 años de edad.

Parece conveniente indicar que en un gran número de casos, las categorías diagnósticas son coincidentes para el niño y para el adulto, tanto en el DSM-III-R como en el CIE-10, pero también es obligado precisar que aparecen categorías diagnósticas con nomenclaturas diferentes por tener en cuenta matices propios de la edad.

Tampoco se puede olvidar que se está trabajando con pacientes “abandonadores”, por tanto que no sólo no completan la terapia, sino que simplemente la inician en unas ocasiones y en otras acuden a una o a muy pocas citas.

En base a lo expuesto cuando se habla de diagnósticos, no se puede precisar en muchos casos las entidades diagnósticas concretas, sino que se toma como diagnóstico más bien la “impresión diagnóstica” o la sintomatología que presenta el paciente en consulta, y que se hace constar en la historia clínica como motivo de la demanda y principal queja del paciente.

Para una mejor operatividad en el trabajo se han agrupado los diagnósticos en grupos diagnósticos.

#### *VARIABLE “TIPO DE TRATAMIENTO DONDE SE PRODUCE EL ABANDONO”*

En algún caso puede ocurrir que el paciente acuda simultáneamente tanto a la consulta de Psicología como a la de

Psiquiatría, por estar trabajando simultáneamente con el mismo paciente, distintos aspectos con distintas terapias, pero no siempre se produce el abandono de forma simultánea en ambas consultas, sino que regularmente se produce el abandono en principio en una sola consulta, pudiéndose mantener el otro tratamiento.

Teniendo en cuenta que la recogida de datos se efectúa en base a los abandonos de los pacientes en consultas concretas, se toma como referencia a efectos de contabilizar el número de abandonos, el abandono de las consultas, tanto en psicología como en psiquiatría, aunque puede ocurrir que el paciente continúe su asistencia en otras consultas dentro del Equipo de Salud Mental.

En el caso de que el paciente abandone tanto la consultas de Psicología como la de Psiquiatría, se procede a contabilizar doble abandono, aún procediendo de un solo paciente, ya que:

- a) Los abandonos correspondientes a distintas consultas, se producen en momentos distintos.
- b) No es coincidente el número de citas a las que acude en cada terapia antes de abandonarlas.
- c) Cada terapia se inicia en momentos distintos.
- d) Los motivos de abandono para cada profesional y para cada terapia también pueden ser diferentes.



**VARIABLE "FORMA DE ACCESO"**

**"Iniciativa propia".-** Implica que la decisión de acudir a consulta la toma el propio sujeto, a pesar de que la derivación la realice el médico de referencia.

**"Indicación familiar".-** Indica que la decisión de acudir a consulta está motivada por el convencimiento o presión familiar, aunque de la misma forma la derivación sea formulada por el médico de referencia.

**"Otro Profesional".-** Indica que la decisión parte de otro profesional.

Los profesionales que frecuentemente realizan las derivaciones al Equipo de Salud Mental son:

- \* Médicos de Atención Primaria
- \* Médicos especialista
- \* Trabajadora Social
- \* Enfermería y Matronas
- \* Servicios Sociales de los Ayuntamientos
- \* Servicios Psicopedagógicos
- \* Jueces

*VARIABLE "TIPO DE PROBLEMA ORIGEN DE LA DEMANDA"*

"Forma de ser".- Implica que el origen del problema radica en problemas del propio paciente, y no del entorno, la familia o las circunstancias, por tanto se ha tenido en cuenta:

- \* Problemas físicos personales.
- \* Otras causas del propio sujeto, como: personalidad, rasgos de carácter, conductas...

*VARIABLE "TIEMPO DE TRATAMIENTO"*

a) Estimación del tiempo que permanece en tratamiento desde que el sujeto lo inicia hasta que abandona, independientemente del número de veces que acuda a consulta.

b) Rango de consultas a las que acude el paciente previas a detectarse el abandono de las consultas

*VARIABLE "MOTIVOS DE ABANDONO"*

"Imposibilidad física".- Entiende la imposibilidad del paciente para acudir a consulta por motivos ajenos al propio tratamiento en sí, como pueden ser: viajes, enfermedades físicas y problemas familiares graves que hacen que el paciente se vea imposibilitado para acudir a consulta aunque tenga interés de hacerlo.



“Mejoría”.- Recoge alegaciones expresadas por los pacientes como:

- a) Que el problema ha desaparecido
- b) Que han cambiado o desaparecido las circunstancias que le motivaron a acudir a consulta
- c) Que se siente mejor después de haber acudido a consulta un número determinado de veces.
- d) Que después de haber acudido a consulta se siente menos confuso y cree haber aclarado sus problemas.

“Incompatibilidad horaria”.- Se considera este motivo de abandono, cuando el paciente alega que el horario de la terapia resulta incompatible:

- a) Con el trabajo
- b) Con la atención a la casa
- c) Con el horario escolar

“Resolución por si mismo”.- Se considera este motivo de abandono cuando el paciente alega:

- \* Que el esfuerzo por resolver el problema tiene que ser personal.



\* Convencimiento de necesitar la cooperación y el apoyo familiar.

\* Convencimiento de que sólo se resolverá el problema cuando cambien las circunstancias ambientales, económicas, laborales etc... considerando insuficiente acudir a terapia.

“No coincidencia en las expectativas terapeuta / paciente”.-  
Agrupa las alegaciones expresadas por los pacientes en los siguientes términos:

\* Desánimo al considerar no conseguir mejoría alguna.

\* Alegar no interesarle / agradarle el trabajo terapéutico ofertado

\* Alegar que sigue tratamiento en la consulta privada, por no interesarle la forma de trabajo del Equipo de Salud Mental.

\* Desconfianza por haber vivido experiencias negativas previas

\* Desconfianza hacia las instituciones públicas

\* Actitud negativa hacia la terapia o el terapeuta. Amenaza percibida.

\* Falta de credibilidad en el trabajo terapéutico. No esperar resultados positivos.

\* En los casos en que los padres hacen la demanda para el hijo adolescente, cuando éste no tiene interés en venir o bien acude presionado por los padres, por lo que adopta una postura negativa incumpliendo las tareas y boicoteando los objetivos terapéuticos.

“Problemas de organización interna del servicio”.- Se codifican en este apartado las alegaciones dirigidas a:

- \* No aceptar al terapeuta asignado.
- \* Manifestación explícita del paciente de solo poder acudir en horario distinto al establecido para las consultas programadas
- \* Por quejas en tiempo de espera previo a la consulta, al no ajustarse el terapeuta al horario que consta en la cita previa.
- \* Por producirse cambios de terapeutas, bien por traslados o por organización interna del servicio.
- \* Por considerar no ser atendido con la urgencia deseada, no aceptando la fecha de consulta en base a la lista de espera.

“Otros intereses”.- En esta codificación se agruparon todos aquellos pacientes que refirieron alegaciones relacionadas con:

\* Manifestar de forma explícita acudir en busca de pruebas objetivas (TAC, Electroencefalograma, Electrocardiograma...), que no corresponde realizarse en estas consultas, no deseando seguir las terapias ofertadas por el Equipo de Salud Mental.

\* Querer justificar con la asistencia a consulta una posible baja laboral, invalidez, o exclusión del Servicio Militar, etc...

\* Solicitar ayuda social, económica, o de otro tipo, abandonando la consulta una vez conseguidos, o cuando comprobaron que les eran negados.

#### **4.- INSTRUMENTO DE MEDIDA.**

##### **4.1.- ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS**

Para poder concretar los niveles de los distintos ítem necesarios para completar la hoja de recogida de datos, fue necesario realizar un estudio previo con una muestra representativa de la población con la que posteriormente se realizó la investigación.

Para establecer en un principio las categorías de los distintos ítem, se precisó revisar las historias clínicas correspondientes a los pacientes tratados por el Equipo, con objeto de acercarse lo más posible al formato definitivo del Instrumento de medida.

Los niveles que se establecieron para los distintos ítem recogieron información sobre:

- \* Datos demográficos del paciente (sexo, edad, datos de localización: teléfono, domicilio..., Nivel cultural, estado civil, forma de residir, situación laboral).
- \* Número de consultas a las que acude el paciente
- \* Tiempo de tratamiento
- \* Tipos de tratamientos aplicados, tanto a nivel terapéutico como farmacológico.
- \* Número de consultas a las que acude el paciente antes de abandonar

- \* Tiempo de permanencia en tratamiento antes de abandonar
- \* Duración de la problemática origen de la demanda, con la que se trabaja: cronicidad, crisis, problemas circunstanciales, etc...
- \* Patología del paciente o problemática circunstancial
- \* Motivos alegados por el paciente justificativos de la ausencia a las consultas.

Para poder operativizar esta última variable, fue necesario establecer grupos que posteriormente tuvieron que ser codificados. Los grupos se establecieron después de encuestar a los pacientes de la muestra poblacional y recoger los diferentes motivos alegados personalmente por los propios pacientes de la muestra en estudio sobre el abandono de los tratamientos.

De cada una de las variables se fijaron diversas codificaciones con objeto de incluir las posibles contestaciones a los distintos ítem.

Teniendo en cuenta las cuestiones planteadas sobre los ítem y sobre las codificaciones, se elaboró en un principio una hoja de recogida de datos, con la que se realizó un ensayo piloto. Una vez validado el instrumento de medida, éste sirvió de base para la construcción de la hoja de recogida de datos definitiva, que fue utilizada en el estudio.

La población que se utilizó para la *VALIDACIÓN DE LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS* procedió de los listados de

“pacientes abandonadores” correspondientes a los tres primeros meses de 1993.

En primer lugar se rellenaron todos aquellos ítem cuya información se pudo obtener del rastreo de las historias clínicas. El resto de los ítem se completó a través de los datos que el paciente facilitó en el momento de ser localizado y encuestado telefónicamente.

Parte de la información se recogió desde el principio al estar ya codificada en la hoja de recogida de datos elaborada, pero otra parte de la información se recogió de forma abierta a través de la entrevista con el propio paciente para posteriormente concretarla e introducirla en la hoja de recogida de datos definitiva para poder ser codificada.

#### 4.3.- HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DEFINITIVA

Una vez realizado el pilotaje con la totalidad de la muestra representativa, se procedió al estudio y análisis de datos con objeto de elaborar la hoja de recogida de datos definitiva, que se utilizó posteriormente como instrumento de medida en la investigación.

Se planteó prioritariamente encuestar telefónicamente de forma personalizada y directa a todos aquellos pacientes con posibilidad de ser localizados por esta vía.

Previamente, al efectuar el rastreo de las historias clínicas, apareció un grupo de pacientes que no podían ser localizados telefónicamente, ya que o bien no figura número alguno en la historia, o aún figurando no pudieron ser localizados por este sistema.

Teniendo en cuenta lo anteriormente indicado, como también se recoge el domicilio del paciente cuando éste pide la primera cita, con objeto de poder localizar por correo a los pacientes que no pudiesen ser localizados telefónicamente, se modificó la forma del cuestionario, amoldando las preguntas y manteniendo los mismos conceptos, con objeto de tratar de encuestar a través del correo ordinario a todos aquellos pacientes que no poseían teléfono de contacto, o bien no figuraba recogido.

También se elaboró una carta de presentación para acompañar a la hoja de recogida de datos que se envió por correo, en aquellos casos que se había agotado la posibilidad de localización telefónica.



## 5.- MUESTRA Y MÉTODO DE SELECCIÓN

### 5.1.- MUESTRA

Se conoce según consta en el Censo Poblacional Sanitario, que el Área 15 atiende una población aproximada de 106.632 habitantes. Dentro de este Área de Salud el Ambulatorio de Benidorm atiende una población aproximada de 42.442 habitantes y el Centro de Salud de Villajoyosa atiende una población aproximada de 25.145 habitantes.

La muestra en la que se basa el presente estudio está formada por todos los pacientes abandonadores de las consultas de Salud Mental detectados durante **el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 1993 y el 31 de Diciembre de 1994** en las Unidades de Salud Mental de Benidorm y Villajoyosa.

**La muestra la constituyen por tanto la totalidad de los pacientes abandonadores de las consultas de Salud Mental en el Equipo de la Marina Baja del Servicio Valenciano de Salud pertenecientes a los Centros de Salud de Benidorm y Villajoyosa.**

La investigación se centra en el estudio de los motivos que originaron el abandono terapéutico de aquellos pacientes que solicitaron y abandonaron prematuramente las consultas tanto de



Psicología como de Psiquiatría durante el periodo antes mencionado.

En cuanto se refiere a la asistencia en Salud Mental, durante el año 1993, se abrieron un total de 1.324 historias clínicas, de las cuales 254 corresponden a niños menores de 15 años y las restantes 1.070 historias a pacientes adultos.

Durante el año 1994 se abrieron un total de 1.330 historias clínicas, correspondiendo 187 historias a niños menores de 15 años y 1.143 historias a pacientes adultos.

Por tanto, durante el periodo de estudio comprendido entre el 1 de Enero de 1993 y el 31 de Diciembre de 1994, se ha abierto en el Equipo de Salud Mental un total de 2.654 historias clínicas abiertas.

Los pacientes se van a ir incorporando sucesivamente a la muestra en estudio, a medida que el abandono se produce, es decir, al detectarse que se cumplen los requisitos que se han establecido como necesarios para poder determinar que se ha producido "el abandono terapéutico", tal como se ha considerado a nivel conceptual en este estudio.

Por otra parte al terminar el tiempo establecido para la toma de datos, existe un número de "sujetos vivos" a nivel experimental, es decir que continúan los tratamientos, pero que también pueden

convertirse en “abandonadores” en un momento determinado, y sobre los que no se puede establecer ningún tipo de conclusiones.

### 5.2.- MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Las Unidades de Salud Mental de Benidorm y Villajoyosa que pertenecen al Equipo de Salud Mental en el que se ha centrado la investigación, disponía, durante el periodo en que se realizó el presente estudio, de su propio fichero de pacientes, por lo que las historias clínicas estaban disgregadas del fichero general, ubicado en los Centros de Salud correspondientes.

Los administrativos son los encargados de dar las primeras citas, tanto para las consultas de Psiquiatría como de Psicología y también los encargados de recoger los datos del paciente referentes a nombre, apellidos, edad, origen de la derivación problemática o impresión diagnóstica, así como teléfono de contacto o domicilio del paciente.

En el Equipo de Salud Mental se trabaja con consultas programadas, por lo que se puede conocer con gran seguridad, tanto el número de pacientes citados como el número de los mismos que no acude a las consultas.

Por tanto, la agenda de cada profesional recoge diariamente las consultas programadas que abarcan revisiones y primeras citas.

También se anotan posteriormente las urgencias, que obviamente no son programadas.

La estructuración del trabajo del Equipo en sí, permitió que la toma de datos se pudiera realizar mensualmente durante el periodo que abarcó la recogida de los mismos (Enero 1993 a Diciembre 1994), pudiéndose recoger los listados de pacientes abandonadores de forma individual con cada profesional.

Cada terapeuta perteneciente a las Unidades de Salud Mental que ha colaborado en la elaboración de la tesis, fue facilitando los listados de los pacientes abandonadores, en los que se hizo constar los nombres y apellidos de aquellos pacientes que estando citados, no acudieron a consulta, y que tampoco se habían puesto en contacto con el Equipo para solicitar un cambio de cita.

En los listados aportados se incluyeron también los abandonos producidos en las primeras citas, correspondientes por tanto a pacientes que nunca habían acudido a las consultas del Equipo y que provenían de recientes derivaciones.

Se considera importante indicar que no se abre historia clínica en las Unidades de Salud Mental para este grupo de pacientes.

Las listas de "posibles abandonadores", facilitadas por los terapeutas del Equipo de Salud Mental, fue posibilitando la concreción de los pacientes abandonadores, base del presente



estudio, una vez efectuada la comprobación del abandono terapéutico a través de las historias clínicas de estos pacientes.

Los pacientes abandonadores que pasaron a formar la muestra de estudio tenían que cumplir como primer requisito que figurase el abandono en la historia clínica correspondiente o bien que no existiese historia abierta para aquellos pacientes que nunca acudieron a las consultas habiendo solicitado previamente cita en las mismas.

Los datos para la posible localización de los pacientes fueron extraídos de las historias clínicas, o en los casos en que constaban en los listados de pacientes abandonadores, las historias clínicas se utilizaron para confirmar los datos de localización del paciente abandonador.

Se sabe, como ya se ha indicado, que el abandono de las consultas en Salud Mental se produce en distintos momentos a lo largo de proceso terapéutico, y conlleva distintas posibilidades de localización del paciente.

En los casos de primeras citaciones, fue más difícil la localización del paciente, ya que unas veces no se habían recogido datos suficientes y otras veces se había producido algún error en la toma de los mismos.

Cuando el paciente ha acudido a varias consultas, puede resultar más fácil llegar a contactar con el paciente, ya que se dispone de mayor información.

Tampoco se puede olvidar que el Área de Salud donde se ha centrado el estudio es eminentemente turística, lo que hace que aparezca un número significativo de "abandonos" producidos por la permanencia temporal del sujeto en la localidad, por tanto puede darse la circunstancia de que las direcciones dejadas como referencia en el Centro de Salud sean provisionales, y teniendo en cuenta la metodología del presente trabajo y el periodo transcurrido desde la solicitud de cita hasta que una vez detectado el abandono se contactó con el paciente, pudo darse la circunstancia de que el paciente hubiera cambiado su dirección.



## **6.- PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS**

### **6.1.- RECOGIDA DE DATOS**

Teniendo en cuenta como se operativiza la demanda de tratamiento en el Equipo de Salud Mental, en la mayoría de los casos es posible tener acceso al paciente para conocer los motivos o causas de abandono, y en otros casos el contacto con el paciente resulta prácticamente imposible, no pudiéndose conocer por tanto los motivos de abandono de las consultas.

En un primer momento, se procedió a comprobar en los ficheros si existía historia clínica abierta de todos aquellos sujetos que figuraban en los listados facilitados mensualmente por los distintos profesionales con objeto de detectar si efectivamente habían abandonado el tratamiento como en un principio constaba, o si existía en la historia clínica alguna anotación que indicara que el paciente había acudido a consulta.

Estas comprobaciones se fueron realizando mensualmente, dejando transcurrir tres meses desde la fecha en que se detectó el abandono en consulta.

Por un lado se comprobaron los listados de todos aquellos pacientes que figuraban en las listas de abandonos como abandonadores en la primera consulta, es decir, que figuraban en



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

las listas de abandono como si no hubiesen acudido ninguna vez a consulta.

El hecho de que no existiese historia abierta nos confirmó que el abandono se había producido antes de comenzar algún tratamiento en el Equipo de Salud Mental.

En los casos en que se encontró historia abierta, se confirmó que el paciente había solicitado otra cita y permanecía en tratamiento, por lo que se procedió a eliminar a estos pacientes de los listados de pacientes abandonadores.

En caso de no encontrar historia abierta, se pasó a rellenar la hoja de recogida de datos con el nombre, apellidos y posibilidad de contacto, o cualquier otro dato que constara en la solicitud de cita y que pudiese ser válido para localizar al paciente, con objeto de completar la recogida de datos posteriormente al contactar con el paciente.

Por otro lado se comprobaron los listados de abandonos procedentes de revisiones, es decir de todos aquellos pacientes que constaba habían acudido al menos a una consulta y que por tanto tenían historia abierta.

En cuanto a la recogida de datos de los pacientes abandonadores procedentes de revisiones, es decir que tenían historia abierta por haber acudido al menos a una consulta, se comprobó en primer

lugar si figuraban en las respectivas historias clínicas anotaciones posteriores a las fechas de los primeros listados de abandonos, lo cual era indicativo de que el paciente había acudido a consulta y había sido atendido, lo que implicaba que el proceso terapéutico se mantenía con estos pacientes, por lo que se procedió a suprimirlos de las listas de pacientes abandonadores que nos fueron facilitados por los distintos terapeutas a lo largo del periodo de toma de datos.

En los casos en que no constaba anotación clínica en la fecha de abandono, ni posterior a esta en un periodo de tres meses, se confirmó el abandono terapéutico de estos pacientes, y se procedió a recoger la información que figuraba en la historia clínica abierta.

De las historias clínicas se recogieron, además de los datos demográficos, todos aquellos datos válidos para rellenar parte de los ítem de la hoja de recogida de datos.

Del rastreo de las historias clínicas, generalmente se obtuvo: diagnóstico, o impresión diagnóstica, tipo de tratamiento aplicado, motivación, evaluación y respuesta del paciente al proceso terapéutico aplicado.



## 6.2.- LOCALIZACIÓN DE LOS PACIENTES

Una vez recogida la información relacionada con la posibilidad de localización de los pacientes, se procedió a la puesta en contacto con los interesados.

En primer lugar se intentó el contacto personal con el paciente a través del teléfono.

Los pacientes que pidieron cita por primera vez y que no acudieron a consulta, aunque dejaron además de su nombre, la dirección y el teléfono, resultaron en numerosas ocasiones desconocidos en los teléfonos que facilitaron, bien porque el paciente no dio correctamente los datos, o porque se produjo un error en la anotación de los mismos.

Los pacientes que tenían abierta historia clínica, es decir que habían acudido a consulta al menos una vez, resultaron más fácilmente localizables, al tener recogidos datos suficientes para su localización por distintas vías.

Con algunos pacientes no se logró contactar en la primera llamada, por no encontrarse en el domicilio. Otras veces algún familiar informó sobre horarios de localización y en otras ocasiones nadie contestó a las llamadas, lo que hizo necesario repetirlas en varias ocasiones y a lo largo del tiempo.

Otras veces fue necesario repetir las llamadas posteriormente, debido a que el paciente resultaba ausente por turnos rotatorios de trabajo u otras causas, lo que obligaba a posponer la localización personalizada.

Una vez localizado el paciente, se le explicó verbalmente no sólo el motivo de nuestra llamada, sino también la voluntariedad para contestar o no a las preguntas formuladas, y a continuación se pasó la encuesta con objeto de completar la hoja de recogida de datos, cumplimentada en parte a partir de los datos recogidos de las historias clínicas.

Hubo ocasiones en que resultaron infructuosas nuestras llamadas, por lo que se descartó el contacto con el paciente a través del teléfono y se pasó a contactar a través del correo ordinario.

No se puede olvidar que el área de Salud donde se ha centrado el estudio es eminentemente turística, lo que hace que aparezca un número significativo de pacientes que permanecen de forma temporal en la localidad, lo que dificulta su localización debido al tiempo que era necesario que transcurriese desde que se produjo el abandono hasta que se dio por confirmado el mismo (tres meses después), periodo en el que se pudo producir la ausencia del paciente en el domicilio que figuraba en el Centro de Salud.

Parece conveniente señalar que en algunos casos concretos, que no resultan significativos por el escaso número de pacientes que

representan, se consideró negativo localizar al paciente, puesto que podía originar problemas a nivel personal o familiar. En estos casos se conocía la problemática concreta del paciente y se consideraba contraproducente el hecho de preguntar por los "motivos del abandono", puesto que además de conocerse, no parecía conveniente reincidir en la cuestión, ya que la asistencia a consulta origina conflictos en el ámbito sanitario y terapéuticamente no caben objetivos a trabajar con el paciente.

Cuando se agotó la vía de contacto telefónico, se procedió a intentar el contacto a través del correo ordinario.

A los pacientes con los que se intentó el contacto por correo, se les envió una carta de presentación en la que se explicaba no sólo el objetivo del estudio, sino también se informaba de la voluntariedad de su cooperación en la investigación que se estaba realizando.

Junto con la carta de presentación se enviaba la hoja de recogida de datos y un sobre donde constaba la dirección del Centro de Salud, debidamente franqueado para facilitar el retorno de la información solicitada.

Transcurridos dos meses sin obtener contestación, se volvió a enviar por correo de nuevo la misma documentación, con objeto de cercionarnos de que la documentación no se había extraviado y había llegado a su destino.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

En algunos casos no se obtuvo contestación, y tampoco fueron devueltas las cartas, en otros casos al devolver las cartas, el Servicio de Correos hacia constar la anotación de ausente o desconocido, y en otras ocasiones nos fueron llegando las hojas de recogida de datos con la información solicitada.

En todos los contactos realizados se trató de dejar muy claro al paciente el objetivo concreto y real de la investigación.



## 7.- PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS

Todas las variables consideradas, fueron variables de tipo cualitativo, por esta razón los estadísticos empleados responden a estas características.

Se han empleado estadísticos descriptivos y pruebas de inferencia ( $\chi^2$ , empleando la correlación de Yates en el caso de tablas de contingencia de  $2 \times 2$ ).

En todos los casos se han respetado los supuestos de aplicación de las pruebas, y cuando ha sido preciso, se ha calculado la prueba exacta de Fisher.

Por último se ha realizado un análisis de Clusters. El análisis de Cluster incluyó el cálculo de las matrices y asociación de las variables, mediante el cálculo de la distancia euclídea cuadrada para todos los pares de variables posibles.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ***CAPÍTULO IV***

## ***RESULTADOS***

#### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADOS**

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

En las Memorias relativas a los años 1993 y 1994 no se establece diferenciación en cuanto a especificar que historias son abiertas por Psicología o por Psiquiatría. Únicamente se considera el número total de historias clínicas abiertas en las consultas de Salud Mental de forma global.

Tampoco se establece en las Memorias de los citados años, una diferenciación entre hombres y mujeres en el número de historias abiertas, tanto para pacientes infantiles como adultos y/o adolescentes

Al recoger las cifras correspondientes al periodo actual de estudio, detectamos que consta **un total de 2.654 historias clínicas abiertas** pertenecientes a Salud Mental, en el periodo comprendido entre Enero de 1993 y Diciembre de 1994. De la totalidad de historias abiertas **441 pertenecen a niños** con edades inferiores a los 15 años y **2.213 pertenecen a pacientes adultos**.

Es necesario tener en cuenta que el número de abandonos estudiados no proviene únicamente de las historias clínicas abiertas durante el periodo de recogida de datos, puesto que cuando se inicia la toma, en Enero de 1993, ya estaba funcionando el Equipo de Salud Mental, y por tanto existían historias clínicas abiertas previas al inicio del presente estudio.

De la misma forma, cuando se da por finalizada la toma de datos, también permanecen en consulta pacientes a los cuales se les abrió historia clínica durante el periodo de estudio y que pueden dar lugar posteriormente a abandonos terapéuticos.

Se pretende puntualizar que el estudio recoge los datos de la totalidad de los pacientes abandonadores detectados durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1993 y el 31 de Diciembre de 1994, y que supone **un total de 642 abandonos**.

Los 642 abandonos estudiados que constituyen el total de pacientes abandonadores, se han dividido en los siguientes grupos:

- \* Abandonadores infantiles (151 pacientes).
- \* Abandonadores adolescentes (39 pacientes).
- \* Abandonadores adultos (452 pacientes).

Si se establece una relación entre el número de pacientes abandonadores estudiados, y el número de historias abiertas en Salud Mental, se obtiene:

- \* Una tasa de abandono del 24% sobre las 2.654 historias abiertas totales.
- \* Una tasa de abandono infantil del 34% sobre las 441 historias infantiles abiertas.

\* Una tasa de abandono adulto del 20% sobre las 2.219 historias de pacientes adultos abiertas.

Se van a agrupar los resultados en nueve apartados con objeto de presentar la información de forma más clara.

- 1.- *Información demográfica procedente del análisis de datos.*
- 2.- *Localización y forma de acceso a las consultas.*
- 3.- *Tipo de tratamiento que se abandona.*
- 4.- *Información correspondiente a los diagnósticos adultos e infantiles..*
- 5.- *Tiempo de permanencia en tratamiento y momento en que se produce el abandono.*
- 6.- *Percepción sobre el origen y mantenimiento del problema.*
- 7.- *Motivos de abandono.*
- 8.- *Estado del paciente después de producirse el abandono terapéutico.*
- 9.- *Implicación del paciente en las consultas de Salud Mental.*

Se presentan los resultados obtenidos en base a los apartados anteriormente expuestos y de los grupos de pacientes abandonadores establecidos:

Se han estudiado más pormenorizadamente los resultados procedentes de los abandonos adultos por constituir una muestra más representativa, puesto que se detectan 452 abandonos de pacientes adultos, que constituye una tasa de un 70,4% sobre el total de 642 abandonos detectados.



Los resultados más significativos se encontraron en función de las variables:

- \* Forma de acceso del paciente a consulta.
- \* Tiempo de permanencia del paciente en los tratamiento y número de consultas a las que acudió previas al abandono terapéutico.
- \* Grupos diagnósticos establecidos en el estudio.
- \* Motivos de abandono de las consultas.
- \* Mejoría detectada por el paciente, después de producirse el abandono de las consultas.

El tipo de variables utilizadas, claramente cualitativas, ha obligado metodológicamente a utilizar pruebas claramente descriptivas.

La información recogida fue analizada mediante análisis bivariados y diversos modelos logísticos, pero los resultados obtenidos de las aglomeraciones y los dendogramas no permitieron la reducción de variables para definir resultados distintos de los encontrados con los análisis bivariados.



## RESULTADOS

Se exponen a continuación los resultados más significativos, utilizando gráficos en las asociaciones más representativas.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 1.- ABANDONO DE CONSULTAS EN PACIENTES INFANTILES

Del total de 441 historias abiertas durante el periodo de estudio correspondientes a pacientes infantiles, se recogieron 151 abandonos en las consultas, lo que supone una tasa de abandono de un 34%.

### 1.1.- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

#### **\* Sexo - Edad - Estado Civil.**

De los 151 pacientes infantiles abandonadores con edades inferiores a 15 años, 85 eran niñas (56,3% ) y 66 eran niños (43,7%).

#### SEXO

	n	%
NIÑAS	85	56,3
NIÑOS	66	43,7

#### **\* Tipo de Convivencia.**

Del total de abandonos infantiles se conoce únicamente que 62 vivían con los padres. No se dispone información sobre el tipo de convivencia de 89 pacientes (59%).

**\* Nivel Cultural.**

En cuanto al nivel de estudios, aparecen 54 estudiantes de primaria. No se dispone información sobre el nivel cultural de 97 pacientes infantiles (64%).

1.2.- LOCALIZACIÓN Y FORMA DE ACCESO A LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL

**\* Localización.**

Fueron localizados 61 pacientes infantiles (40,4%), de ellos: 38 (25,2%) se localizaron directamente por teléfono, 7 (4,6%) contestaron a través del correo, y de 16 (10,6%) se obtuvo información a través de terceras personas. Resultaron ilocalizables 90 pacientes infantiles (59,6%), de los cuales 8 eran transeúntes (5,3%).

## LOCALIZACIÓN

	n	%
TELÉFONO	38	25.2
CORREO	7	4.6
OTROS	16	10.6

**\* Acceso a las consultas.**

Se recogieron datos sobre la forma de acceso de 62 pacientes infantiles, de los cuales 39 (62,9% de los encuestados) acudieron a las consultas por indicación familiar y 23 (37,1% de los encuestados) acudieron a consulta a demanda de otro profesional. No se dispone información sobre la forma de acceso de 89 pacientes infantiles (58,9%).

## ACCESO

	n	%
PROFESIONAL	23	37,1
FAMILIAR	39	62,9

1.3.- TIPO DE TRATAMIENTO QUE ABANDONAN**\* Tratamiento abandonado**

Se recogen datos sobre el tipo de tratamiento psicológico que abandonaron 96 pacientes infantiles (63,6%). No se encuentra ningún paciente infantil en tratamiento psiquiátrico. No se dispone información sobre el tipo de tratamiento aplicado a 55 pacientes infantiles (36,4%).

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO UTILIZADO

	n	%
CONDUCT/COGNT	42	76,4
DINÁMICO	13	23,6

En cuanto al tipo de tratamiento psicológico aplicado a los pacientes infantiles, 42 (76,4% de los encuestados) siguieron tratamientos a nivel conductual-cognitivo, y 13 (23,6% de los encuestados) siguieron tratamientos dinámicos. No se dispone información sobre el tipo de terapia seguido por 96 pacientes infantiles (63,6%).

#### 1.4.- INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS DIAGNÓSTICOS INFANTILES

Como ya se ha indicado la nomenclatura correspondiente a los diagnósticos infantiles se aplica tanto al grupo de los "niños" , como de los "adolescentes" con edades inferiores a los 15 años.

##### **\* Diagnósticos Infantiles**

Se han aplicado diagnósticos infantiles a todos los pacientes con edades inferiores a 15 años que son atendidos por los médicos pediatras.

Se han recogido datos sobre los diagnósticos de 54 pacientes infantiles, de los cuales 29 (53,7% de los encuestados) tenían

diagnosticados trastornos de ansiedad, 8 (14% de los encuestados) tenían diagnosticados trastornos por hiperactividad, 7 (13% de los encuestados) tenían diagnosticados trastornos relacionados con el control de esfínteres, 5 (9,3% de los encuestados) trastornos relacionados con el ambiente social o familiar, 2 pacientes tenían diagnosticados trastornos depresivos, 2 pacientes tenían diagnosticados trastornos somatoformes, y 1 paciente con diagnóstico de psicosis infantil. No se dispone información sobre los diagnósticos de 97 pacientes infantiles (64,2%).

#### DIAGNÓSTICOS INFANTILES

	n	%
ANSIEDAD	29	53,7
HIPERACTIVIDAD	8	14,0
CONTROL ESFÍNTERES	7	13,0
PROB. FAMILI/ SOCIAL	5	9,3
TRAST. DEPRESIVOS	2	0,3
TRAST. SOMATOFORME	2	0,3
PSICOSIS INFANTIL	1	0,1

#### 1.5.- TIEMPO DE PERMANENCIA EN TRATAMIENTO Y MOMENTO EN QUE SE PRODUCE EL ABANDONO

##### **\* Tiempo de permanencia en los tratamientos.**

Se recogieron datos de 59 pacientes infantiles, de los cuales 27 (45,8% de los encuestados) permanecieron hasta un mes en

tratamiento, 13 (22% de los encuestados) permanecieron entre dos y tres meses, 10 (16,9% de los encuestados) permanecieron entre tres y seis meses, 7 (11,9% de los encuestados) permanecieron entre seis y doce meses, y 1 niño permaneció entre uno y dos años. No se dispone de información sobre el tiempo de permanencia en consulta de 92 pacientes infantiles (60,9%).

#### TIEMPO DE PERMANENCIA EN TRATAMIENTO

	n	%
HASTA 1 MES	27	45,8
2-3 MESES	13	22,1
3-6 MESES	10	16,9
6-12 MESES	7	11,9
1-2 AÑOS	1	0,01

#### \* Número de consultas previas al abandono.

Del total de abandonos infantiles 93 pacientes infantiles (61,6% de la muestra) no acudieron ninguna vez a consulta, 22 (14,6% de la muestra) acudieron una vez a consulta, 8 (5,3% de la muestra) acudieron entre dos y tres veces a consulta, 20 (13,2% de la muestra) acudieron entre cuatro y ocho veces, y 8 pacientes infantiles (5,3% de la muestra) acudieron más de ocho veces a consulta.

## NÚMERO DE CONSULTAS PREVIAS AL ABANDONO

	n	%
NO ACUDE A LA 1ª CITA	93	61,6
SOLO ACUDE A LA 1º	22	14,6
ACUDE ENTRE 2 - 3 CITAS	8	5,3
ACUDE ENTRE 4 - 8 CITAS	20	13,2
ACUDE A MAS DE 8 CITAS	8	5,3

1.6.- PERCEPCIÓN SOBRE EL ORIGEN Y MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA

**\* Origen del problema**

Se recogieron datos de 60 pacientes, de los cuales 34 (56,7% de los encuestados) centraron sus problemas en causas familiares y 26 (43,3% de los encuestados) centraron sus problemas en la personalidad y/o rasgos de carácter de los propios pacientes. No se dispone información sobre el origen del problema de 91 pacientes infantiles (60,3%).

## ORIGEN DEL PROBLEMA

	n	%
PROBLEMAS FAMILIARES	34	56,7
FORMA DE SER	26	43,3

**\* Temporalidad del problema**

Se recogieron datos de 53 pacientes infantiles, de los cuales 30 (56,6% de los encuestados) consideraron que los problemas se debían a motivos concretos y circunstanciales y 23 (43,4% de los encuestados) contestaron que los problemas habían estado siempre en sus vidas. No se dispone información sobre la permanencia del problema en 98 pacientes infantiles (64,9%).

## DURACIÓN DEL PROBLEMA

	n	%
CIRCUNSTANCIAL	30	56,6
CRÓNICO	23	43,4

1.7.- MOTIVOS DE ABANDONO

Se han recogido los motivos expresados por 55 pacientes infantiles de forma concreta como razón del abandono terapéutico, de los cuales:

21 niños (37,5% de los encuestados) abandonaron los tratamientos por sentirse mejorados en sus problemas.

18 niños (32,1% de los encuestados) expresaron que dejaron de acudir por no interesarles la terapia y no mantener expectativas positivas respecto a los tratamientos ofertados.

8 niños (14,3% de los encuestados) argumentaron imposibilidad física para poder acudir a las consultas.

5 niños (8,9% de los encuestados) argumentaron incompatibilidad entre el horario de las consultas y el horario escolar y/o laboral de la persona que debía acompañarlos a las consultas.

3 niños (5,4% de los encuestados) expresaron que abandonaron los tratamientos por considerar que los problemas los tenían que resolver ellos mismos.

No se dispone de información sobre los motivos de abandono de 96 pacientes infantiles (62,9%).

#### MOTIVOS DE ABANDONO

	n	%
MEJORÍA	21	37,5
FALTA DE INTERÉS / EXPECT.	18	32,1
IMPOSIBILIDAD FÍSICA	8	14,3
INCOMPATIBILIDAD HORARIA	5	8,9
RESOLUCIÓN PROPIA	3	5,4

### 1.8.- ESTADO DEL PACIENTE DESPUÉS DE PRODUCIRSE EL ABANDONO TERAPÉUTICO

#### **\* Estado posterior.**

A.- En cuanto a admitir que los problemas seguían existiendo, se obtiene que 30 pacientes infantiles (55,6% de los encuestados) contestaron que los problemas seguían existiendo, y 24 (44% de los encuestados) contestaron que no existían ya los problemas. No se dispone información sobre el estado posterior de 97 pacientes infantiles (64,2%).

#### DESAPARICIÓN O MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA

	n	%
CONTINUA	30	55,6
DESAPARECE	24	44,0

B.- En cuanto a la posibilidad o no de asumir el problema, admitiendo que el problema seguía existiendo, 16 pacientes infantiles (50% de los encuestados) admitieron que los problemas seguían existiendo, pero que los asumían; en cambio otros 16 pacientes contestaron que continuaban sin asumir la problemática. No se dispone información en este sentido sobre 119 pacientes infantiles (78,8%).

## ASUME EL PROBLEMA

	n	%
ASUME	16	50,0
NO ASUME	16	50,0

C.- En cuanto a considerar si había cambiado su percepción sobre los problemas después de abandonar las consultas, 25 pacientes infantiles (52,1% de los pacientes encuestados) contestaron que percibían el problema de la misma forma, y 23 pacientes (47,9% de los encuestados) contestaron que lo percibían de distinta forma. No se dispone información en este sentido sobre 103 pacientes infantiles (68,2%).

## CAMBIO EN LA PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA

	n	%
SE MANTIENE	25	52,1
CAMBIA	23	47,9

## \* Percepción de Mejoría.

En cuanto a la percepción del grado de mejoría sentida después de haber abandonado las terapias, 40 pacientes infantiles (74,1% de los encuestados) contestaron que consideraban haber sentido mejoría con las terapias, 12 (22,2% de los encuestados) contestaron que se encontraban igual después de haber abandonado los

tratamientos. Únicamente 2 pacientes infantiles (3,7% de los encuestados) dijeron encontrarse peor después del abandono. No se dispone información sobre la percepción de mejoría de 97 pacientes infantiles (64,2%).

#### MEJORÍA POSTERIOR

	n	%
MEJOR	40	74,1
IGUAL	12	22,2
PEOR	2	3,7

En cuanto al grado de mejoría percibida por los pacientes durante el periodo en que se mantuvieron en consulta, se detecta que 19 pacientes (38,8% de los encuestados) consideraron haber obtenido “mucho” mejoría, 16 pacientes (32,7% de los encuestados) consideraron haber obtenido “algo” de mejoría, 14 pacientes (28,6% de los encuestados) respondieron no haber obtenido “nada” de mejoría. No se dispone información sobre el grado de mejoría de 102 pacientes infantiles (67,5%).

#### MEJORÍA DURANTE

	n	%
MUCHO	19	38,8
ALGO	16	32,7
NADA	14	28,6

### 1.9.- IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL

#### **\* Aceptación / Rechazo de las consultas de Salud Mental.**

Se recogieron datos de 54 pacientes infantiles sobre la intencionalidad o posibilidad del paciente infantil de acudir de nuevo a consulta, caso de volver a necesitarlo, o bien de reiniciar de nuevo las ya interrumpidas, de los cuales 45 (83,3% de los encuestados) manifestaron no tener intención alguna de reiniciar las consultas, mientras que 9 (16,7% de los encuestados) manifestaron deseo de volver a reiniciar las consultas. No se dispone información sobre 97 pacientes infantiles (64,2%).

#### REINICIO

	n	%
NO	45	83,3
SI	9	16,7

Respecto a estar o no acudiendo a otros dispositivos, se recogieron datos de 54 pacientes infantiles, de los cuales 51 (94,4% de los encuestados) resultaron no estar acudiendo a ninguna otra consulta, mientras que 2 acudieron a consultas privadas y 1 paciente infantil acudió a otro dispositivo público. No se dispone información sobre 97 pacientes infantiles (64,2%).

## ACUDE A OTROS DISPOSITIVOS

	n	%
NO	51	94,4
PÚBLICOS	1	0,02
PRIVADOS	2	0,04

**\* Preferencia sobre las consultas psicológicas versus psiquiátricas.**

Se recogieron datos de 54 pacientes infantiles en cuanto a las preferencias manifestadas sobre el tipo de consulta a la que acudirían, caso de decidir volver a pedir cita, de los cuales 37 (68,5% de los encuestados) manifestaron su preferencia por volver en concreto a las consultas de psicología, 1 se definió por la consulta de psiquiatría, 11 (20,4% de los encuestados) expresó dudas en su decisión de volver o no a las consultas, 3 tenían decidido volver a las consultas caso de necesitarlo sin definirse por qué tipo de consulta, 2 pacientes se manifestaron en sentido contrario, no teniendo interés alguno de volver a las consultas. No se dispone información sobre 97 pacientes infantiles (64,2%).

## CONSULTA PREFERENTE

	n	%
PSICOLOGÍA	37	68,5
PSIQUIATRÍA	1	0,02
DUDAS	11	20,4
VOLVERÍA	3	0,05
NO VOLVERÍA	2	0,04

## 2.- ABANDONO DE CONSULTAS EN PACIENTES ADOLESCENTES

Se desconoce el número de pacientes adolescentes a los que se abrió historia clínica en Salud Mental durante el periodo de estudio, ya que fueron incluidos a nivel estadístico unas veces con los pacientes infantiles y otras veces con los pacientes adultos.

Para el estudio del abandono de las consultas se ha desglosado un grupo de pacientes con edades comprendidas entre 15 y 18 años a los que se ha denominado "adolescentes".

### 2.1.- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA.

#### \* Sexo - Edad - Estado Civil.

En cuanto al total de los 39 abandonadores adolescentes, 20 pacientes (51,3%) eran hombres y 19 pacientes (48,7%) eran mujeres.

#### SEXO

	n	%
HOMBRE	20	51,3
MUJER	19	48,7

**\* Tipo de Convivencia.**

De los 39 abandonadores adolescentes, únicamente 1 chica estaba casada y vivía en pareja. El resto vivía con los padres.

**\* Situación Laboral.**

Se recogieron datos de 36 adolescentes, de los cuales 26 (72,2% de los encuestados) estaban estudiando, 5 (13,9% de los encuestados) dijeron tener trabajos fijos, 1 tenía trabajo eventual, 1 era ama de casa, y 3 (8,3% de los encuestados) estaban en situación de paro. No se dispone información sobre la actividad de 3 adolescentes (7,7%).

## SITUACIÓN LABORAL

	n	%
ESTUDIANTES	26	72,2
TRABAJO FIJO	5	13,9
TRAB. EVENTUAL	1	0,03
AMA DE CASA	1	0,03
PARO	3	8,3

**\* Nivel Cultural.**

Se recogieron datos sobre el nivel de estudios de 38 adolescentes, de los que 21 (53,8%) tenían estudios primarios y 17 (43,6%) tenían

estudios medios, Bachiller, y/o Formación Profesional. No se dispone información sobre 1 adolescente (0,03%).

#### NIVEL CULTURAL

	n	%
PRIMARIOS	21	53,8
MEDIOS	17	43,6

#### 2.2.- LOCALIZACIÓN Y FORMA DE ACCESO A LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL

##### **\* Localización.**

Fueron localizados 38 adolescentes, de los cuales 25 (64,1%), contestaron a los datos directamente por teléfono, 3 (7,7%) contestaron a través del correo, y de 10 adolescentes (25,6%) se obtuvo información a través de otros profesionales. Únicamente resultó ilocalizable 1 adolescente (0,03%).

#### LOCALIZACIÓN

	n	%
TELÉFONO	25	64,1
CORREO	3	7,7
OTROS	10	25,6

**\* Acceso a las consultas.**

Se conoce la forma de acceso de 38 adolescentes, de los que 22 (57,9% de los encuestados) accedieron a consulta por indicación familiar, 13 (34,2% de los encuestados) acudieron por indicación profesional, y únicamente 3 adolescentes acudieron a las consultas por iniciativa propia (0,08%).

## ACCESO

	n	%
FAMILIAR	22	57,9
PROFESIONAL	13	34,2
PROPIO SUJETO	3	7,9

2.3.- TIPO DE TRATAMIENTO QUE ABANDONAN**\* Tratamiento que abandonan.**

Del total de pacientes adolescentes 36 (92,3%) abandonan tratamientos psicológicos y 3 adolescentes abandonan tratamientos psiquiátricos.

Se conoce el tipo de tratamiento seguido por 32 adolescentes, de los que 26 (81,3% de los encuestados) siguieron tratamientos a nivel conductual cognitivo, 6 (18,8% de los encuestados) siguieron tratamientos a nivel dinámico. No se dispone información sobre el

tipo de tratamiento que siguieron 7 pacientes adolescentes (17,9%).

#### TRATAMIENTO PSICOLÓGICO UTILIZADO

	n	%
CONDUCT/COGNIT	26	81,3
DINÁMICO	6	18,8

#### \* Fármacos prescritos.

Únicamente fueron prescritos fármacos a 4 adolescentes, de los que 3 (75% de los encuestados) tenían prescrita medicación ansiolítica y 1 adolescente (25% de los encuestados) tenía prescrita medicación antidepresiva. No se dispone información farmacológica sobre 35 adolescentes (89,7%).

No aparece ningún adolescente consumiendo fármacos después de abandonar los tratamientos.

#### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

	n	%
ANSIOLÍTICOS	3	75,0
ANTIDEPRESIVOS	1	25,0

#### 2.4.- INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS DIAGNÓSTICOS

Como se ha indicado anteriormente con respecto a los pacientes adolescentes, le son aplicados tanto diagnósticos adultos como infantiles, dependiendo de la edad del paciente.

Si el paciente tiene una edad de 15 o más años se le aplica un diagnóstico adulto, y el adolescente tiene menos de 15 años, se le adjudica un diagnóstico infantil.

Por tanto a nivel diagnóstico, la información recogida respecto a los diagnósticos se ha contabilizado tanto en los diagnósticos infantiles como en los diagnósticos adultos.

#### 2.5.- TIEMPO DE PERMANENCIA EN TRATAMIENTO Y MOMENTO EN QUE SE PRODUCE EL ABANDONO

##### **\* Tiempo de permanencia en los tratamientos.**

Se recogieron datos de 34 pacientes adolescentes, de los cuales 6 (17,6% de los encuestados) permanecieron como máximo 1 mes en consulta, 11 (32,4% de los encuestados) permanecieron entre 2 y 3 meses, 9 (26,5% de los encuestados), permanecieron entre 3 y 6 meses, 7 (20,6% de los encuestados) permanecieron entre 6 y 12 meses, y solamente 1 adolescente permaneció entre 1 y 2 años. No se dispone información sobre 5 adolescentes (12,8%).

## TIEMPO DE PERMANENCIA EN TRATAMIENTO

	n	%
HASTA 1 MES	6	17,6
2-3 MESES	11	32,4
3-6 MESES	9	26,5
6-12 MESES	7	20,6
2-3 AÑOS	1	0,03

**\* Número de consultas previas al abandono.**

En cuanto al número de consultas a las que los adolescentes acudieron antes de abandonar las mismas, se obtienen como resultados que 5 (12,8%) no acudieron a ninguna consulta, 2 (5,1%) acudieron 1 sola vez, 11 (28,2%) acudieron entre 2 y 3 veces a consulta, 12 (30,8%) acudieron entre 4 y 8 veces a consulta, y 9 adolescentes acudieron a más de 8 consultas (23,1%).

## NUMERO DE CONSULTAS PREVIAS AL ABANDONO

	n	%
NO ACUDE A LA 1ª CITA	5	12,8
SOLO ACUDE A LA 1º	2	5,1
ACUDE ENTRE 2 - 3 CITAS	11	28,2
ACUDE ENTRE 4 - 8 CITAS	12	30,8
ACUDE A MAS DE 8 CITAS	9	23,1

## 2.6.- PERCEPCIÓN SOBRE EL ORIGEN Y MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA

### **\* Origen del problema.**

Del total de adolescentes abandonadores, 19 (50% de los encuestados) consideraron que sus problemas se basaban en la forma de ser, 17 (44,7% de los encuestados) centraron sus problemas en situaciones familiares, y 3 adolescentes (7,7% de los encuestados) basaron sus problemas en conflictos laborales y/ o económicos.

ORIGEN DEL PROBLEMA

	n	%
FORMA DE SER	19	50
PROBLEMAS FAMILIARES	17	44,7
PROB. LABOR / ECONOM.	3	7,7

### **\* Temporalidad del problema.**

Se recogieron datos de 33 adolescentes abandonadores en cuanto a la permanencia de los problemas en su vida, de los cuales 18 (54,5% de los encuestados) manifestaron que habían vivido siempre los problemas y 15 (45,5% de los encuestados) contestaron que su problemática se debía a motivos concretos y circunstanciales. No se dispone información sobre 6 pacientes (15,4%).

## DURACIÓN DEL PROBLEMA

	n	%
CRÓNICOS	18	54,5
CIRCUNSTANCIAL	15	45,5

2.7.- MOTIVOS DE ABANDONO

En cuanto a los motivos expresados por los pacientes adolescentes de forma concreta como razón del abandono terapéutico, se recogen datos de 36 adolescentes de los cuales:

17 adolescentes (47,2% de los pacientes encuestados) expresaron que dejaron de acudir por no interesarles la terapia y no mantener expectativas positivas respecto a los tratamientos ofertados o intuidos por ellos mismos.

12 adolescentes (33,3% de los pacientes encuestados) abandonaron los tratamientos por sentirse mejorados en sus problemas.

3 adolescentes (8,3% de los pacientes encuestados) argumentaron incompatibilidad entre el horario de las consultas y el horario laboral y/o escolar.

2 adolescentes (5,6% de los pacientes encuestados) expresaron que abandonaron los tratamientos por considerar que los problemas los tenían que resolver ellos mismos.

1 adolescente manifestó imposibilidad física y otro adolescente únicamente manifestó llevar intereses distintos de los propiamente terapéuticos.

No se dispone de información sobre los motivos de abandono de 3 adolescentes.

#### MOTIVOS DE ABANDONO

	n	%
FALTA DE INTERÉS / EXPECT.	17	47,2
MEJORÍA	12	33,3
INCOMPATIBILIDAD HORARIA	3	8,3
RESOLUCIÓN PROPIA	2	5,6
IMPOSIBILIDAD FÍSICA	1	2,8
INTERESES DISTINTOS	1	2,8

#### 2.8.- ESTADO DEL PACIENTE DESPUÉS DE PRODUCIRSE EL ABANDONO TERAPÉUTICO.

##### \* Estado posterior.

A.- En cuando a admitir que los problemas seguían existiendo, resulta que 21 adolescentes (60% de los encuestados) admitieron que los problemas seguían existiendo a pesar de que la importancia que actualmente daban a los mismos podía ser distinta, y 14 (40% de los encuestados) contestaron que los

problemas habían desaparecido. No se dispone información sobre el estado posterior de 4 adolescentes (10,3%).

#### DESAPARICIÓN O MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA

	n	%
CONTINUA	21	60,0
DESAPARECE	14	40

B.- En cuanto a la posibilidad o no de asumir el problema, 14 adolescentes (63,6% de los encuestados) contestó que no asumía el problema, mientras que 8 (36,4% de los encuestados) contestó que si que asumía el problema. No se dispone información sobre 17 dolescentes (43,6%).

#### ASUME EL PROBLEMA

	n	%
NO ASUME	14	63,6
ASUME	8	36,4

C.- En cuanto a considerar si había cambiado su percepción sobre los problemas después de abandonar las consultas, 19 adolescentes (61,3% de los pacientes encuestados) contestaron que percibían el problema de la misma forma, y 12 adolescentes (38,7% de los encuestados) consideraron que percibían de distinta forma. No se dispone información sobre 8 pacientes adolescentes (20,5%).

## CAMBIO EN LA PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA

	n	%
SE MANTIENE	19	61,3
CAMBIA	12	38,7

## \* Percepción de Mejoría.

En cuanto a la percepción del grado de mejoría sentida después de haber abandonado las terapias, 21 adolescentes (60% de los encuestados) consideraron que habían sentido mejoría con la terapia, y 13 (37,1% de los encuestados) consideró sentirse igual después de haber abandonado las terapias. Únicamente 1 adolescente dijo sentirse peor (2,9%). No se dispone información sobre 4 adolescentes (10,3%).

## MEJORÍA POSTERIOR

	n	%
MEJOR	21	60
IGUAL	13	37,1
PEOR	1	2,9

En cuanto al grado de mejoría percibida por los pacientes durante el periodo en que se mantuvieron en consulta, se detecta que 13 adolescentes (40,6% de los encuestados) admitieron haber percibido "algo" de mejoría, 8 adolescentes (25% de los

encuestados) admitieron haber recibido “mucho” mejoría, y 11 (34,4% de los encuestados), reconocieron que no habían percibido “nada” de mejoría. No se dispone información sobre 7 pacientes adolescentes (17,9%).

#### MEJORÍA DURANTE

	n	%
ALGO	13	40,6
MUCHO	8	25,0
NADA	11	34,4

#### 2.9.- IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL

##### **\* Aceptación / Rechazo de las consultas de Salud Mental.**

Sobre la intencionalidad o posibilidad del paciente adolescente de volver a las consultas de Salud Mental caso de necesitarlo, o bien de reiniciar de nuevo las ya interrumpidas, se recogieron datos de 35 adolescentes, de los cuales 28 (80% de los encuestados) no manifestaron deseo alguno de volver a las consultas y 7 adolescentes (20% de los encuestados) manifestaron claro interés de volver a las consultas. No se dispone información sobre 4 pacientes adolescentes (10,3%).

## REINICIO

	n	%
NO	28	80
SI	7	20

Respecto a estar o no acudiendo a otros dispositivos, se recogieron datos de 35 adolescentes, de los cuales 32 (91,4% de los encuestados) manifestaron no acudir a ninguna otra consulta, 2 contestaron que acudían a consultas privadas, y 1 adolescente contestó que acudía a otro dispositivo público. No se dispone información sobre 4 pacientes adolescentes (10,3%).

## ACUDE A OTROS DISPOSITIVOS

	n	%
NO	32	91,4
PRIVADA	2	5,7
PÚBLICOS	1	2,9

**\* Preferencia sobre las consultas psicológicas versus psiquiátricas.**

En cuanto a las preferencias manifestadas sobre el tipo de consulta a la que acudir caso de decidir volver a pedir cita, se recogieron datos de 35 adolescentes, de los cuales 20 (57,1% de los encuestados) manifestó su preferencia por volver a las consultas

de psicología, 9 (25,7% de los encuestados) manifestaron dudas en su decisión respecto a volver o no a las consultas de Salud Mental, 4 (11,4% de los encuestados) expresaron deseos de volver a pedir cita en las consultas de Salud Mental, sin especificar que tipo de consulta, 2 adolescentes al contrario, expresaron no tener deseo alguno de volver a las consultas. No se dispone información sobre las preferencias de 4 pacientes adolescentes (10,3%).

#### CONSULTA PREFERENTE

	n	%
PSICOLOGÍA	20	57,1
DUDAS	9	25,7
VOLVERÍA	4	11,4
NO VOLVERÍA	2	0,06

### 3.- ABANDONO DE CONSULTAS EN PACIENTES ADULTOS

Durante el periodo de estudio se han abierto un total de 2.219 historias de pacientes adultos en las consultas de Salud Mental, teniendo en cuenta que se han producido 452 abandonos de pacientes adultos, resulta una tasa de abandono en un 20,4% sobre el total de historias de pacientes adultos abiertas y una tasa de un 70,4% sobre el total de 642 abandonos detectados.

Se van a describir más pormenorizadamente estos resultados por corresponder a la muestra de pacientes abandonadores más amplia, 452 abandonos sobre un total de 642 abandonos estudiados, lo que supone una tasa de un 70,4%. Se van a reflejar las asociaciones más significativas a través de gráficos.

#### 3.1.- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA.

##### \* Sexo - Edad - Estado Civil.

De los 452 pacientes abandonadores, 328 eran mujeres (72,6%) y 124 eran hombres (27,4%).

#### SEXO

	n	%
HOMBRE	124	27,4
MUJER	328	72,6

En cuanto al estado civil de los pacientes adultos se recogieron datos de 429 pacientes, de los cuales 227 (52,9% de los encuestados) estaban casados, 135 (31,5% de los encuestados) estaban solteros, 25 (5,8% de los encuestados) estaban viudos, y 42 pacientes (9,8% de los encuestados), estaban separados y/o divorciados. No se dispone de información respecto al estado civil de 23 pacientes (5,1%).

#### ESTADO CIVIL

	n	%
CASADOS	227	52,9
SOLTEROS	135	31,5
VIUDOS	25	5,8
SEP/DIVOR.	42	9,8

#### \* Tipo de Convivencia.

Se recogieron datos de 428 pacientes, de los cuales 235 (54,9% de los encuestados) vivían en pareja, 113 (26,4% de los encuestados) vivían con los padres, 52 (12,1% de los encuestados) vivían solos, y 28 pacientes (6,5% de los encuestados) vivían con los hijos. No se dispone de información sobre sobre la forma de vida de 24 pacientes (5,3%).

## TIPO DE CONVIVENCIA

	n	%
PAREJA	235	54,9
CON PADRES	113	26,4
SOLOS	52	12,1
CON HIJOS	28	6,5

**\* Situación Laboral.**

En cuanto a las actividades laborales de los pacientes adultos, se recogieron datos de 423 pacientes, de los cuales 156 (36,9% de los encuestados) eran amas de casa, 88 (20,8% de los encuestados) tenían trabajos eventuales, 83 (19,6% de los encuestados) tenían trabajos fijos, 41 (9,7% de los encuestados) estaban en régimen de jubilación o invalidez, y 27 pacientes (6,4% de los encuestados) permanecían en paro. No se dispone de información sobre la situación laboral de 29 pacientes (6,4%).

## SITUACIÓN LABORAL

	n	%
AMAS DE CASA	156	36,9
TRAB. EVENTUAL	88	20,8
TRAB. FIJO	83	19,6
JUBIL / INVALIDEZ	41	9,7
PARO	27	6,4

**\* Nivel Cultural.**

Se recogieron datos sobre el nivel cultural de 423 pacientes adultos, de los cuales 118 (27,9% de los encuestados) no tenían estudios de ningún tipo, 196 (46,3% de los encuestados) tenían estudios primarios, 95 (22,4% de los encuestados) tenían estudios medios, Bachiller, y/o Formación Profesional, y 14 pacientes (3,3% de los encuestados) tenían estudios universitarios. No se dispone de información sobre el nivel cultural de 29 pacientes (6,4%).

NIVEL CULTURAL

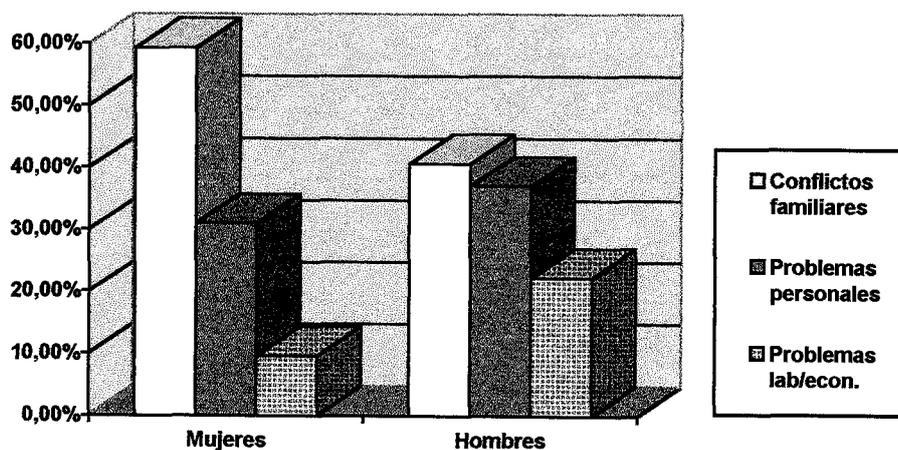
	n	%
PRIMARIOS	196	46,3
NO ESTUDIOS	118	27,9
MEDIOS	95	22,4
UNIVERSITARIOS	14	3,3

Al relacionar las variables demográficas del paciente como edad, estado civil, nivel cultural y situación laboral con la totalidad de las variables consideradas en el estudio no se han encontrado resultados significativos de interés relacionadas con el tema en estudio.

Únicamente se han encontrado significaciones ( $\chi^2 = 15,94$  y  $P < 0,001$ ) al relacionar las diferencias de "sexo" (hombre-mujer) con la variable que recoge la información correspondiente al tipo de

problema (personal, familiar, económico-laboral) que origina que la demanda terapéutica se produzca, lo que da lugar a que:

Motivos de demanda // Sexo



De los 300 pacientes mujeres (72,6%) que abandonaron las consultas, tanto de psicología como de psiquiatría, 178 mujeres consideraron que la base de su problemática se centraba en conflictos familiares, 93 mujeres consideraron que la raíz de sus problemas se centraban en conflictos personales (rasgos de carácter o personalidad) y 29 mujeres centraron su problemática en motivos laborales y/o económicos.

SEXO // ORIGEN DEL PROBLEMA

	HOMBRE	MUJER
PROBL. FAMILIARES	46	178
PROBL. PERSONALES	42	93
PROBL. LAB.- ECO.	25	29

De los 113 pacientes hombres (27,4%) que abandonaron las consultas, tanto de psicología como de psiquiatría, 46 hombres consideraron que la base de su problemática se centraba en conflictos familiares, 42 hombres consideraron que la raíz de sus problemas se centraba en conflictos personales (rasgos de carácter o personalidad) y 25 hombres centraron su problemática en motivos laborales y/o económicos.

### 3.2.- LOCALIZACIÓN Y FORMA DE ACCESO A LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL

#### **\* Localización.**

Pudieron ser localizados 377 pacientes, de los cuales 250 (55,3% de los encuestados) fueron localizados directamente por teléfono, 39 (8,6% de los encuestados) contestaron a los datos a través del correo ordinario, y de 88 pacientes (19,5% de los encuestados) se obtuvo información a través de personas directamente relacionadas con el paciente, que funcionaron como intermediarios para recoger la información requerida. No pudieron ser localizados 75 pacientes (17,1% de los encuestados); de estos, 25 pacientes eran transeúntes y 5 pacientes eran judiciales.

#### LOCALIZACIÓN

	n	%
TELÉFONO	250	55,3
CORREO	39	8,6
OTROS	88	19,5

**\* Acceso a las consultas.**

Se conoce el acceso a las consultas de 426 pacientes, de los cuales 289 (67,8% de los encuestados) fueron derivados por otro profesional, 98 (23% de los encuestados) acudieron por iniciativa propia, y 39 (9,2% de los encuestados) acudieron por indicación de algún familiar. No se dispone de información sobre la forma de acceso de 26 pacientes (5,8%).

## ACCESO

	n	%
PROFESIONAL	289	67,8
PROPIO SUJETO	98	23,0
FAMILIAR	39	9,2

Al relacionar la forma de acceso del paciente a las consultas (iniciativa propia, motivación familiar, derivación de otro profesional) y el tipo de tratamiento que abandona el paciente (Psicológico y/o Psiquiátrico), se obtienen los siguientes resultados (con valores de  $\chi^2 = 29,69$  y  $P < 0,001$ ), de tal forma que:

De los 289 pacientes (67,8%) que acudieron a las consultas de Salud Mental derivados por otros profesionales, 149 pacientes abandonaron las consultas de psicología y 140 pacientes abandonaron las consultas de psiquiatría.

## FORMA DE ACCESO // CONSULTA ABANDONADA

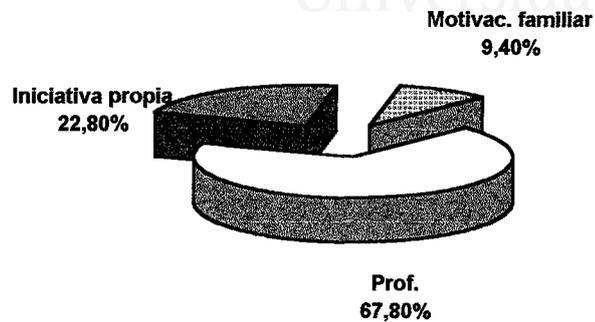
	PSICOLOGÍA	PSIQUIATRÍA
PROFESIONAL	149	140
FAMILIAR	27	12
INICIATIVA PROPIA	80	17

De los 97 pacientes (22,9%), que acudieron consulta de Salud Mental por iniciativa propia, 80 pacientes abandonaron las consultas de psicología y 17 pacientes abandonaron las consultas de psiquiatría.

De los 39 pacientes (9,2%), que acudieron a consulta de Salud Mental motivados por la familia, 27 pacientes abandonaron las consultas de psicología y 12 pacientes abandonaron las consultas de psiquiatría.

Al relacionar la forma de acceso del paciente a las consultas y el origen del problema motivo de la demanda terapéutica, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2=10,12$  y  $P < 0,025$ ), de tal forma que:

### Forma de acceso del paciente



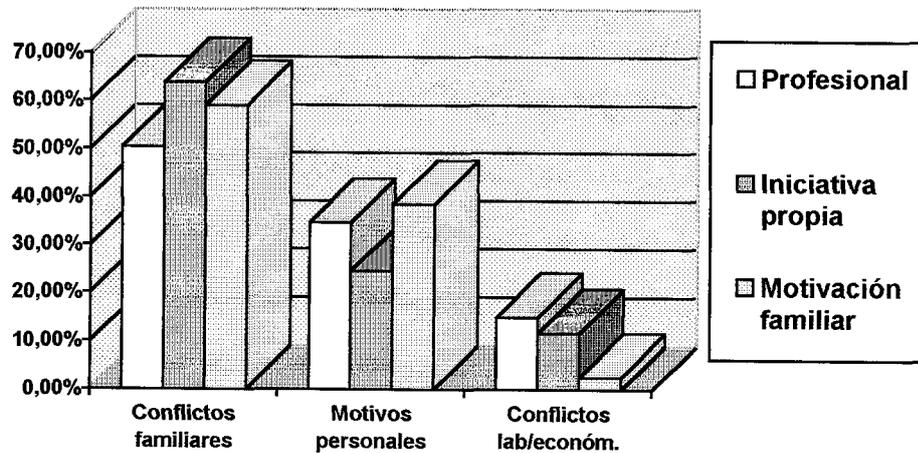
De los 280 pacientes (67,8%) que acudieron a las consultas de Salud Mental por derivación de otro profesional, 141 pacientes centraron su problemática en conflictos familiares, 97 pacientes centraron el origen de sus problemas en motivos personales (rasgos de carácter o personalidad) y 42 pacientes centraron el origen de sus problemas en conflictos laborales y/o económicos.

De los 94 pacientes (22,8%), que acudieron a consulta de Salud Mental por iniciativa propia, 60 pacientes centraron su problemática en conflictos familiares, 23 pacientes centraron el origen de su problema en motivos personales (rasgos de carácter o personalidad) y 11 pacientes centraron el origen de sus problemas en conflictos laborales y/o económicos.

De los 39 pacientes (9,4%) que acudieron a las consulta por motivación familiar, 23 pacientes centraron su problemática en conflictos familiares y 15 pacientes centraron el origen de sus

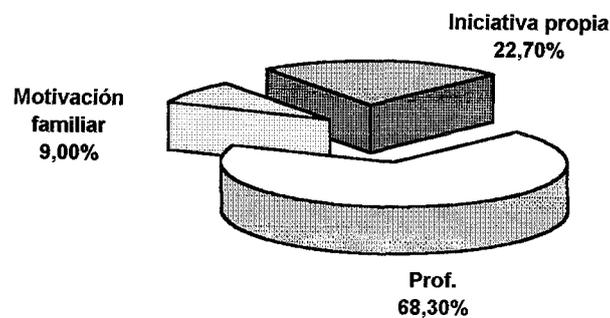
problemas en motivos personales (rasgos de carácter o personalidad).

Acceso // Origen del problema



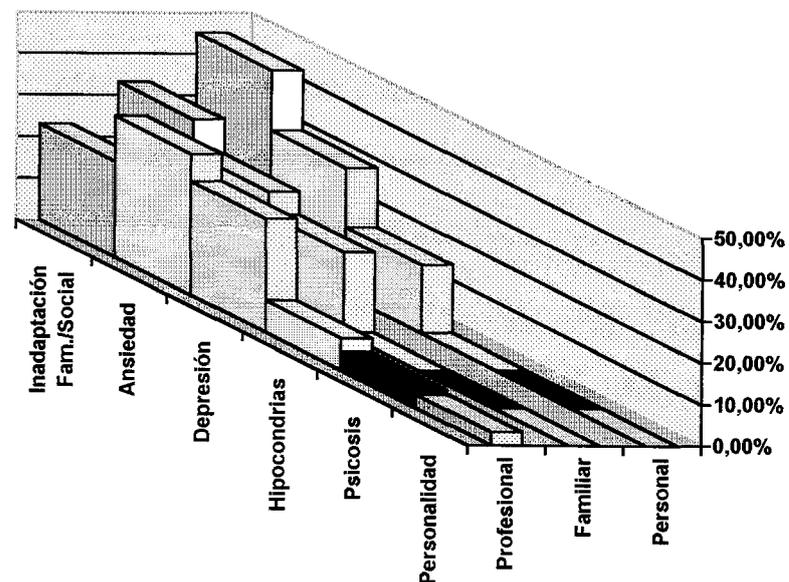
Al relacionar la forma de acceso de los pacientes a las consultas con los grupos diagnósticos, se encuentran los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 31,63$  y  $P < 0,001$ ), de tal modo que:

Forma de acceso del paciente



De los 273 pacientes abandonadores (68,3%) que acudieron a consulta de Salud Mental por indicación de otro profesional, 93 pacientes tenían diagnósticos basados en trastornos de ansiedad, 75 pacientes tenían diagnósticos trastornos del estado de ánimo, 63 pacientes tenían diagnósticos basados en problemas de adaptación interpersonal, 21 pacientes tenían diagnósticos basados en hipocondrías y trastornos somatoformes, 12 pacientes tenían diagnósticos basados en trastornos y 9 pacientes estaban diagnosticados de trastornos de personalidad.

Forma de acceso // Grupos diagnósticos



De los 36 pacientes abandonadores (9%) que acudieron a consulta por indicación familiar, 12 pacientes tenían consignado como diagnóstico problemas interpersonales relacionados con el ámbito social y problemas de relación familiar, 7 pacientes tenían

consignados diagnósticos basados en trastornos de ansiedad y 7 pacientes tenían consignados diagnósticos basados en trastornos del estado de ánimo.

### 3.3.- TIPO DE TRATAMIENTO QUE ABANDONAN

#### **\* Tratamiento que abandona.**

Se recogieron datos de 449 pacientes con relación al tratamiento abandonado, de los cuales 271 (60,4% de los encuestados) abandonaron tratamientos psicológicos y 178 pacientes (39,6% de los encuestados) abandonaron tratamientos psiquiátricos. No se dispone de información sobre el tratamiento abandonado por 3 pacientes (0,7%).

#### TRATAMIENTO QUE ABANDONA

	n	%
PSICOLÓGICO	271	60,4
PSQUIATRICO	178	39,6

En cuanto a los tratamientos psicológicos aplicados a estos pacientes, 207 (83,5% de los encuestados) siguieron tratamientos conductuales-cognitivos y 41 pacientes (16,5% de los encuestados) siguieron tratamientos a nivel dinámico. No se dispone de información sobre 204 pacientes (45,1%).

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO UTILIZADO

	n	%
CONDOC/COGNIT	207	83,5
DINÁMICO	41	16,5

Al relacionar tipo de tratamiento que abandona el paciente con los grupos diagnósticos considerados (Psicológico o Psiquiátrico), se encuentran los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 30,48$  y  $P < 0,001$ ), de tal modo que:

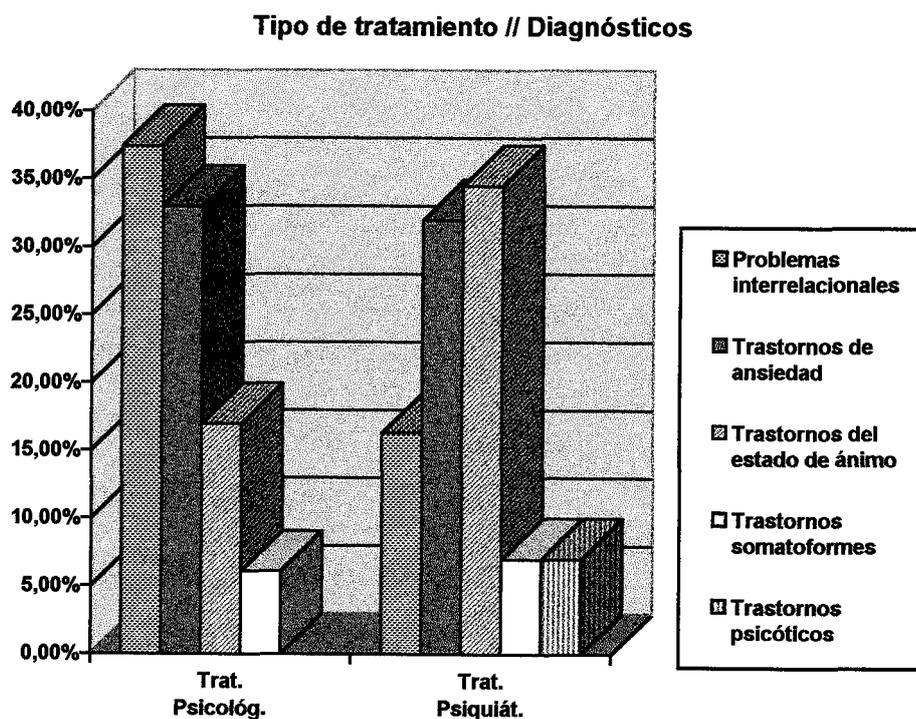
De los 243 pacientes abandonadores (60,4%) de tratamientos psicológicos, 91 pacientes abandonadores tenían diagnosticados problemas interpersonales relacionados con el ámbito social y la relación familiar, 80 pacientes tenían diagnosticados trastornos de ansiedad, 42 pacientes tenían diagnosticados trastornos del estado de ánimo y 15 pacientes tenían diagnosticados trastornos somatoformes e hipocondrías.

## CONSULTA ABANDONADA // GRUPOS DIAGNÓSTICOS

	PSICOSIS	ANSIEDAD	DEPRE.	SOMAT.	PERSONALID	RELACIONAL
PSICOLOG.	7	80	42	15	8	91
PSIQUIAT.	11	51	55	11	4	26

De los 159 pacientes abandonadores (39,6%) de tratamientos psiquiátricos, se encuentran los siguientes resultados, 55 pacientes

tenían diagnosticados trastornos del estado de ánimo, 51 pacientes tenían diagnosticados trastornos de ansiedad, 26 pacientes tenían diagnosticados problemas relacionados con el ámbito social y la relación familiar, 11 pacientes tenían diagnosticados trastornos psicóticos y 11 pacientes tenían diagnosticados trastornos somatoformes e hipocondrías.



#### \* Fármacos Prescritos.

Se tienen datos de la farmacología prescrita a 202 pacientes adultos, de los cuales 75 (37,1% de los encuestados) tenían prescrita farmacología ansiolítica, 77 (38,1% de los encuestados)

tenían prescrita farmacología ansiolítica y antidepresiva, 25 (12,4% de los encuestados) tenían prescritos únicamente fármacos antidepresivos, y 25 pacientes (12,4% de los encuestados) tenían prescrita farmacología antipsicótica. No se dispone de información sobre la farmacología prescrita a 250 pacientes (55,3%).

#### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

	n	%
ANSIOLITICOS	75	37,1
ANTIDEPRESIVOS	25	12,4
ANSIO+ANTIDEPRE	77	38,1
ANTIPSIKÓTICOS	25	12,4

#### \* Consumo de Fármacos posterior al abandono terapéutico.

En cuanto al consumo de fármacos después de abandonar los tratamientos, se recogieron datos de 343 pacientes, de los cuales 258 (75,2% de los encuestados) no utilizaban fármacos y 85 pacientes (24,8% de los encuestados) continuaban utilizando fármacos a pesar de no acudir a consulta. No se dispone de información sobre 109 pacientes (24,1%).

#### CONSUMO POSTERIOR DE FÁRMACOS

	n	%
NO CONSUMO	258	75,2
SI CONSUME	85	24,8

### 3.4.- INFORMACIÓN SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS ADULTOS.

Se han aplicado diagnósticos adultos a todos aquellos pacientes que son atendidos por médicos de Familia. Se incluye por tanto a todos los pacientes (adultos y adolescentes) con edades superiores a 15 años.

En cuanto a los diagnósticos adultos, aparecen 132 pacientes (31,9% de los encuestados) estaban diagnosticados con trastornos de ansiedad, 117 pacientes (28,3% de los encuestados) estaban diagnosticados con trastornos relacionados con el ambiente social o problemas de relación familiar, 98 pacientes (23,7% de los encuestados) diagnosticados con trastornos depresivos, 26 pacientes (6,3% de los encuestados) diagnosticados con trastornos somatoformes, 18 pacientes (4,3% de los encuestados) diagnosticados con trastornos psicóticos (se incluyen esquizofrenias, ideas delirantes y psicosis maníaco depresiva), y 13 pacientes (3,4% de los encuestados), diagnosticados con trastornos de personalidad. No se dispone de información sobre el diagnóstico de 47 pacientes (10,4%).

DIAGNÓSTICOS ADULTOS

	n	%
TRAST. DE ANSIEDAD	132	31,9
PROB. FAMIL / SOCIALES	117	28,3
TRAST. DEPRESIVOS	98	23,7
TRAST. SOMATOFORMES	26	6,3
TRAST. PSICOTICOS	18	4,3
TRAST. DE PERSONALIDAD	13	3,4

Al relacionar los grupos diagnósticos con el tratamiento farmacológico prescrito al paciente, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 115,80$  y  $P < 0,001$ ), de tal modo que:

De los 70 pacientes (38,3%), a los que se les había prescrito únicamente farmacología ansiolítica, 33 pacientes estaban diagnosticados con trastornos de ansiedad, 19 pacientes tenían diagnosticados problemas interpersonales relacionados con el ámbito social y la relación familiar y 10 pacientes estaban diagnosticados con trastornos del estado de ánimo.

#### FÁRMACOS // GRUPOS DIAGNÓSTICOS

	PSICOSIS	ANSIEDAD	DEPRE.	SOMAT.	PERSONALIDAD	RELACION.
ANSIOLÍTICO	1	33	10	4	3	19
ANTIDEPRE.+ ANSIOLÍTICO	-	23	31	10	2	9
ANTIDEPRE.	-	3	12	4	-	5
ANTIPSICO.	8	3	1	-	3	2

De los 24 pacientes (12,8%), a los que únicamente se les había prescrito farmacología antidepresiva, 12 pacientes estaban diagnosticados con trastornos del estado de ánimo.

De los 75 pacientes (39,9%), a los que se les había prescrito de forma conjunta farmacología antidepresiva con farmacología ansiolítica, 31 pacientes estaban diagnosticados de trastornos del estado de ánimo, 23 pacientes estaban diagnosticados de

trastornos de ansiedad y 10 pacientes estaban diagnosticados de trastornos somatoformes e hipocondrías.

Al relacionar los grupos diagnósticos con el consumo de fármacos existente después de producirse el abandono de los tratamientos, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 18,63$  y  $P < 0,001$ ) de tal modo que:

De los 85 pacientes (25,8%), que contestaron que continuaban consumiendo fármacos después de dejar de acudir a las consultas, 27 pacientes tenían diagnosticados trastornos de ansiedad, 25 pacientes tenían diagnosticados trastornos del estado de ánimo y 16 pacientes tenían diagnosticados problemas interpersonales relacionados con el ámbito social y la relación familiar.

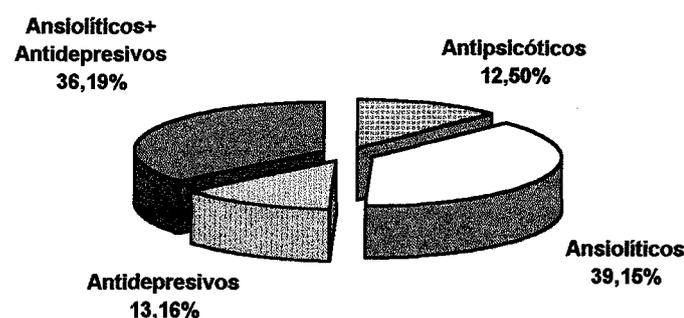
CONSUMO POSTERIOR AL ABANDONO // DIAGNÓSTICOS

	PSICOSIS	ANSIED.	DEPRE.	SOMATO	PERSONALIDAD	RELACIONAL
CONSUME	9	27	25	7	1	16
NO	6	81	47	12	8	85

De los 239 pacientes (74,2%), que contestaron que no consumían fármacos después de abandonar los tratamientos, 85 pacientes tenían diagnosticados problemas relacionados con el ámbito social y la relación familiar, 81 pacientes tenían diagnosticados trastornos de ansiedad, 47 pacientes tenían diagnosticados trastornos del estado de ánimo y 12 pacientes tenían diagnosticados trastornos somatoformes e hipocondrías.

Al establecer la relación entre el tratamiento farmacológico prescrito y el consumo mantenido de fármacos después de producirse los abandonos de los tratamientos, se encuentran los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 7,307$  y  $P < 0,050$ ), de tal forma que:

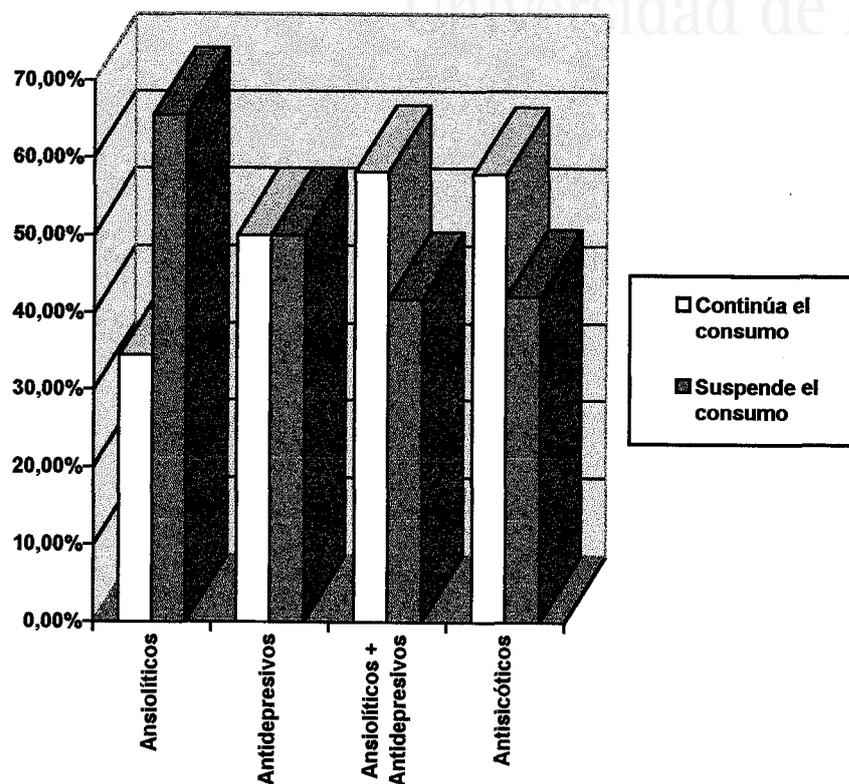
#### Tratamiento farmacológico



De los 58 pacientes que tenían prescrita únicamente farmacología ansiolítica, 20 pacientes continuaron consumiendo fármacos después de producirse el abandono, mientras que 38 pacientes dejaron de consumir fármacos.

De los 20 pacientes adultos que únicamente tenían prescrita farmacología antidepresiva, 10 pacientes continuaron consumiendo los fármacos prescritos después de producirse el abandono y otros 10 pacientes dejaron de consumir fármacos al producirse el abandono.

Tratamiento farmacológico prescrito // consumo de fármacos después del abandono



De los 55 pacientes que tenían prescrita farmacología antidepresiva y ansiolítica, 32 pacientes continuaron consumiendo fármacos después de producirse el abandono y 23 pacientes dejaron de consumir fármacos al producirse el abandono.

De los 19 pacientes que tenían prescritos fármacos antipsicóticos, 11 pacientes continuaron consumiendo fármacos después de abandono, mientras que 8 pacientes dejaron de consumir fármacos al producirse el abandono de los tratamientos.

### 3.5.- TIEMPO DE PERMANENCIA EN TRATAMIENTO Y MOMENTO EN QUE SE PRODUCE EL ABANDONO

#### **\* Tiempo de permanencia en los tratamientos.**

Se recogieron datos de 376 pacientes, de los cuales 137 (36,4% de los encuestados) permanecieron un máximo de 1 mes en consulta, 73 (19,4% de los pacientes encuestados) permanecieron de 2 a 3 meses en consulta, 74 (19,7% de los encuestados) permanecieron entre 3 y 6 meses en consulta, 40 (10,6% de los encuestados) permanecieron entre 6 y 12 meses en consulta, 30 pacientes (8% de los encuestados) permanecieron entre 1 y 2 años en consulta, 10 pacientes (2,7% de los encuestados) permanecieron en consulta entre 2 y 3 años, y 12 pacientes (3,2% de los encuestados) permanecieron más de 3 años en consulta. No se dispone información sobre la permanencia en consulta de 76 pacientes (16,8%).

#### TIEMPO DE PERMANENCIA EN TRATAMIENTO

	n	%
HASTA 1 MES	137	36,4
2-3 MESES	73	19,4
3-6 MESES	74	19,7
6-12 MESES	40	10,6
1-2 AÑOS	30	8,0
2-3 AÑOS	10	2,7
MAS DE 3 AÑOS	12	3,2

### \* Número de consultas previas al abandono

En cuanto al rango de consultas a las que acuden los pacientes adultos antes de producirse el abandono, se obtienen como resultados que 76 pacientes (16,8% de los encuestados) no acudieron a ninguna consulta, 86 (19,0% de los encuestados) acudieron una sola vez a consulta, 90 (19,9% de los encuestados) acudieron entre dos y tres veces a consulta, 124 pacientes (27,4% de los encuestados) acudieron entre cuatro y ocho veces a consulta, y 76 pacientes (16,8% de los encuestados) acudieron a más de ocho consultas.

CONSULTAS PREVIAS AL ABANDONO

	n	%
NO ACUDE A LA 1ª CITA	76	16,8
SOLO ACUDE A LA 1º	86	19,0
ACUDE ENTRE 2 - 3 CITAS	90	19,9
ACUDE ENTRE 4 - 8 CITAS	124	27,4
ACUDE A MAS DE 8 CITAS	76	16,8

Al relacionar el tiempo de permanencia en los tratamientos y las consultas a las que acude el paciente antes de abandonar los tratamientos, se han obtenido los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 366,73$  y  $P < 0,001$ ), de tal modo que:

De los 137 pacientes (36,5%) que permanecieron en consulta únicamente durante un periodo de un mes antes de producirse el

abandono, 83 pacientes acudieron una sola vez a consulta y 46 pacientes acudieron entre dos y tres veces a consulta.

De los 73 pacientes (19,5%) que permanecieron en consulta entre dos y tres meses antes de producirse el abandono, 41 pacientes acudieron entre cuatro y ocho veces a consulta y 29 pacientes acudieron entre dos y tres veces a consulta.

De los 73 pacientes (19,5%) que permanecieron en consulta entre tres y seis meses antes de producirse el abandono, 44 pacientes acudieron entre cuatro y ocho veces a consulta y 17 pacientes acudieron más de ocho veces a consulta.

#### CONSULTAS PREVIAS AL ABANDONO // PERMANENCIA EN MESES

	1	2-3	3-6	6-12	12-24
NINGUNA	-	-	1	-	-
1 CITA	83	-	2	-	-
2-3 CITAS	46	29	9	4	1
4-8 CITAS	8	41	44	20	8
MÁS DE 8	-	3	17	16	21

De los 40 pacientes (10,7%), que permanecieron en consulta entre seis y doce meses antes de producirse el abandono, 20 pacientes acudieron entre cuatro y ocho veces a consulta y 16 pacientes acudieron a más de ocho consultas.

De los 30 pacientes (8%), que permanecieron en consulta entre uno y dos años antes de producirse el abandono, 21 pacientes acudieron a consulta más de 8 veces y 8 pacientes acudieron a consulta entre cuatro y ocho veces.

Al relacionar el tiempo de permanencia en los tratamientos antes de producirse el abandono con el tipo de tratamiento que abandona el paciente (Psicológico o Psiquiátrico), se obtienen los siguientes resultados (con valores de  $\chi^2 = 50,75$  y  $P < 0,001$ ), de tal modo que:

De los 288 pacientes (61,1%) que abandonaron las consultas de psicología, 91 pacientes se mantuvo en el circuito asistencial únicamente un mes, 58 pacientes entre dos y tres meses, 43 pacientes entre tres y seis meses, 23 pacientes entre seis y doce meses y 13 pacientes se mantuvieron en consulta entre uno y dos años antes de producirse el abandono terapéutico.

#### CONSULTA ABANDONADA // PERMANENCIA EN MESES

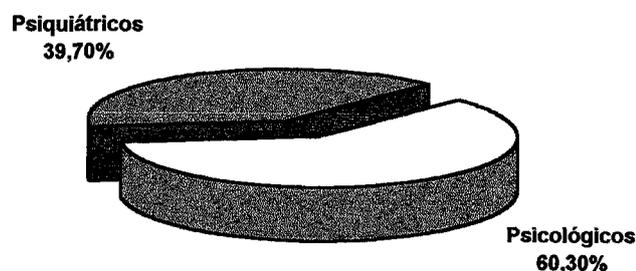
	1	2-3	3-6	6-12	12-24
PSICOLOG	91	58	43	23	13
PSIQUIAT	46	15	28	17	17

De los 145 pacientes (38,9%) que abandonaron las consultas de psiquiatría, 46 pacientes se mantuvo en el circuito asistencial únicamente un mes, 15 pacientes se mantuvieron en consulta entre dos y tres meses, 28 pacientes se mantuvieron en consulta entre

tres y seis meses, 17 pacientes se mantuvieron en consulta entre seis y doce meses, y otros 17 pacientes se mantuvieron en consulta entre uno y dos años antes de producirse el abandono terapéutico.

Al relacionar el número de consultas a las que acude el paciente antes de producirse el abandono con el tipo de tratamiento que abandona el paciente (Psicológico o Psiquiátrico), se obtienen los siguientes resultados (con valores de  $\chi^2 = 13,48$  y  $P < 0,010$ ), de tal modo que:

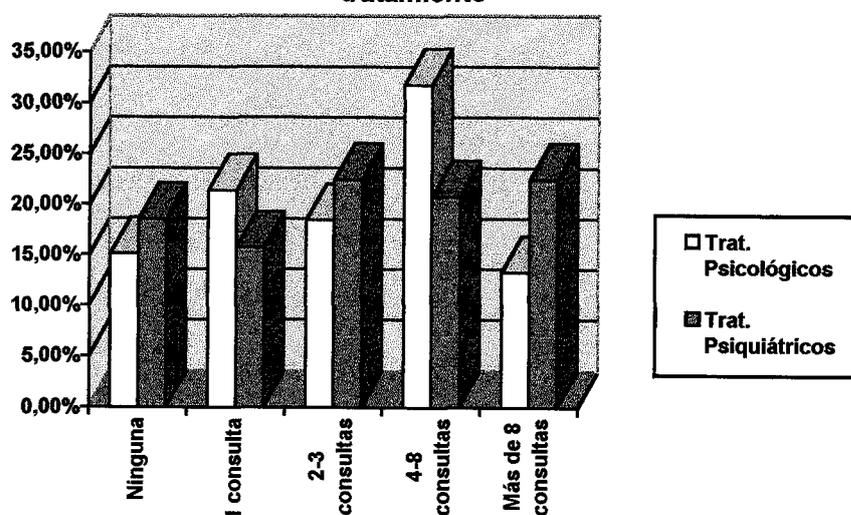
#### Tipo de tratamiento abandonado



De los 271 pacientes (60,3%), que abandonaron los tratamientos psicológicos, 41 pacientes no acudieron a las primera cita, 58 pacientes acudieron únicamente a la primera cita, 50 pacientes acudieron solamente entre 2 y 3 veces a consulta, 86 pacientes acudieron entre 4 y 8 veces a consulta y 36 pacientes acudieron a consulta más de 8 veces antes de producirse el abandono terapéutico.

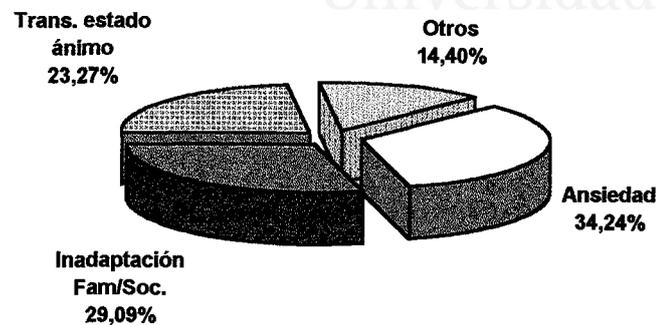
De los 178 pacientes (39,7%), que abandonaron los tratamientos psiquiátricos, 33 pacientes no acudieron a las primera cita, 28 pacientes acudieron únicamente a la primera cita, 40 pacientes acudieron solamente entre 2 y 3 veces a consulta, 37 pacientes acudieron entre 4 y 8 veces a consulta y 40 pacientes acudieron a consulta más de 8 veces antes de producirse el abandono terapéutico.

Número de consultas previas al abandono// Tipo de tratamiento



Al relacionar el tiempo de permanencia en los tratamientos con los grupos diagnósticos establecidos para los pacientes abandonadores, se obtienen los siguientes resultados (con valores de  $\chi^2 = 56,29$  y  $P < 0,016$ ), de tal modo que:

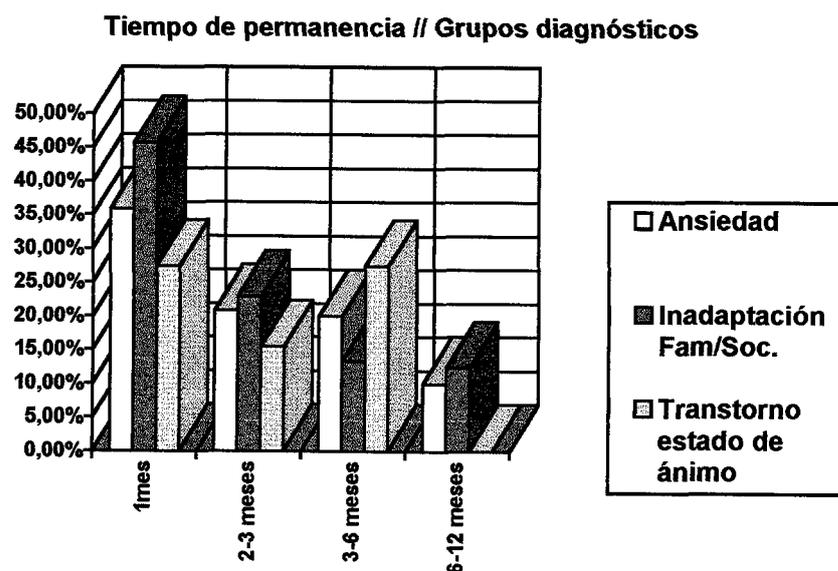
### Grupos Diagnósticos



De los 120 pacientes (33,2%), diagnosticados con trastornos de ansiedad, 43 pacientes permanecieron únicamente un periodo máximo de un mes en el circuito asistencial, 25 pacientes permanecieron entre dos y tres meses en tratamiento, 24 pacientes permanecieron entre tres y seis meses en tratamiento y 12 pacientes permanecieron entre seis y doce meses en tratamiento.

De los 105 pacientes (29,1%) diagnosticados con problemas interpersonales relacionados con el ámbito social y la relación familiar, 48 pacientes permanecieron únicamente un periodo máximo de un mes en el circuito asistencial, 24 pacientes permanecieron entre dos y tres meses en tratamiento, 14 pacientes permanecieron entre tres y seis meses en tratamiento y 13 pacientes permanecieron entre seis y doce meses en tratamiento,

De los 84 pacientes (23,3%) diagnosticados con trastornos afectivos, 23 pacientes permanecieron únicamente un periodo máximo de un mes en el circuito asistencial, 13 pacientes permanecieron entre dos y tres meses en tratamiento y 23 pacientes permanecieron entre tres y seis meses en tratamiento.



### 3.6.- PERCEPCIÓN SOBRE EL ORIGEN Y MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA

#### **\* Origen del problema**

Se recogieron datos de 414 pacientes, de los cuales 225 (54,3% de los encuestados) centraron el origen de sus problemas en causas familiares, 135 (32,6% de los encuestados) lo centraron en su

personal forma de ser, y 54 pacientes (13% de los encuestados) se centraron en problemas laborales y/o económicos. No se dispone información sobre el origen del problema de 38 pacientes (8,4%).

#### ORIGEN DEL PROBLEMA

	n	%
PROBLEMAS FAMILIARES	225	54,3
FORMA DE SER	135	32,6
PROB. LABOR / ECONOM.	54	13,0

#### \* Temporalidad del problema

Respecto a la percepción del tiempo de permanencia de los problemas en la vida del sujeto adulto, se recogieron datos de 345 pacientes, de los cuales 238 (69% de los encuestados) contestaron que los problemas eran circunstanciales y concretos, y 107 pacientes (31% de los encuestados) expresaron que los problemas habían estado siempre en sus vidas. No se dispone información sobre la permanencia del problema de 107 pacientes (23,7%).

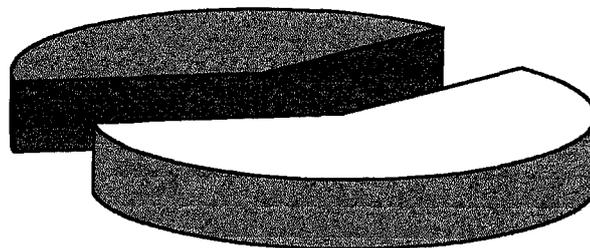
#### DURACIÓN DEL PROBLEMA

	n	%
CIRCUNSTANCIAL	238	69,0
CRÓNICO	107	31,0

Al relacionar la mejoría detectada por el paciente después de abandonar los tratamientos con la temporalidad mantenida del problema (cronicidad y/o circunstancialidad), se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 11,055$  y  $P < 0,004$ ), de forma que:

### Mejoría percibida después del abandono

Continúan igual  
39,90%



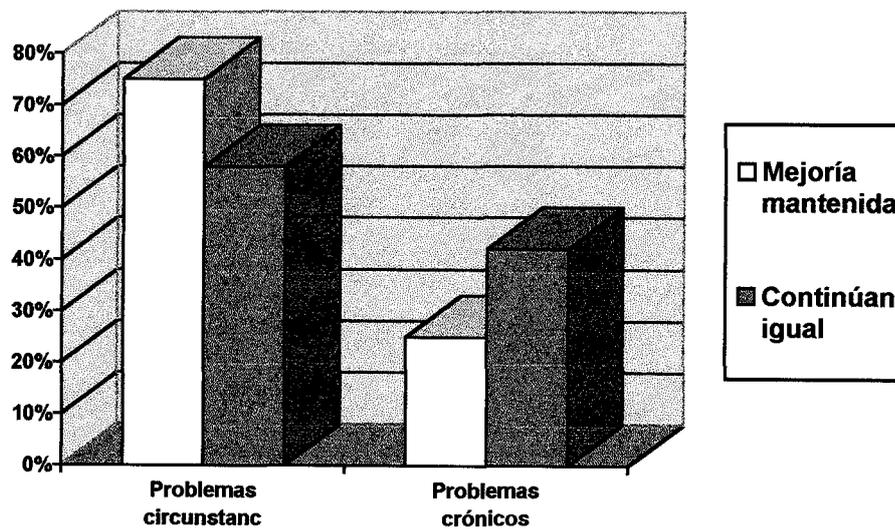
Mejoría  
mantenida  
60,10%

De los 199 sujetos (58,9%) que contestaron habían percibido mejoría, mantenida después de haber abandonado las consultas, 149 pacientes respondieron que el motivo de consulta era concreto y circunstancial y 50 pacientes respondieron que el problema motivo de consulta era crónico.

De los 132 pacientes (39,1%) que respondieron se encontraban igual después de haber abandonado los tratamientos, sin haber conseguido mejoría a pesar de haber acudido a terapia, 77 pacientes respondieron que el motivo de consulta era concreto y

circunstancial y 55 pacientes respondieron que el problema motivo de consulta era crónico.

**Mejoría mantenida // Temporalidad del problema**



### 3.7.- MOTIVOS DE ABANDONO TERAPÉUTICO

Se recogió información sobre los motivos de abandono expresados por 374 pacientes, de los cuales:

109 pacientes (29,1% de los encuestados) expresaron que dejaron de acudir por no interesarles la terapia y no mantener expectativas positivas respecto a los tratamientos ofertados o intuitos por ellos mismos.

95 pacientes (25,4% de los encuestados) abandonaron los tratamientos por sentirse mejorados en sus problemas.

66 pacientes (17,6% de los encuestados) argumentaron imposibilidad física para poder acudir a las consultas.

47 pacientes (12,6% de los encuestados) argumentaron incompatibilidad entre el horario de las consultas y el horario laboral u otras obligaciones familiares.

28 pacientes (7,5% de los encuestados) expresaron que abandonaron los tratamientos por considerar que los problemas los tenían que resolver ellos mismos.

19 pacientes (5,1% de los encuestados) reconocieron que los intereses que trajeron a consulta eran distintos a seguir cualquier tipo de tratamiento.

10 pacientes (2,7% de los encuestados) únicamente argumentaron que habían dejado de acudir por estar en desacuerdo con los servicios o con el funcionamiento del sistema público.

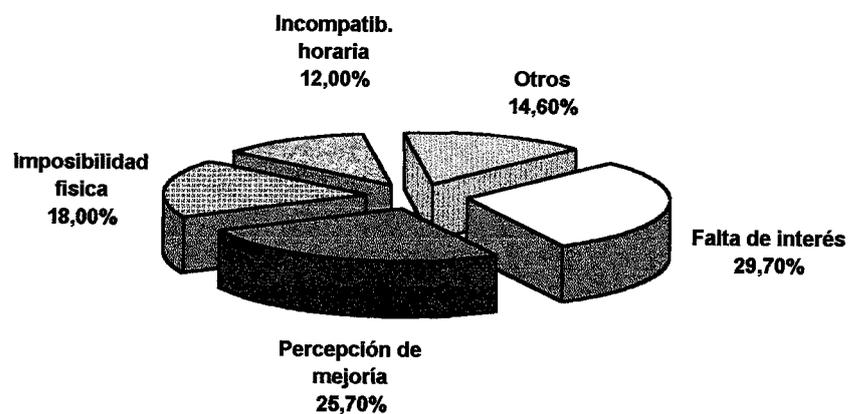
No se dispone información sobre los motivos de abandono de 78 pacientes (17,3 %).

## MOTIVOS DE ABANDONO

	n	%
FALTA DE INTERÉS / EXPECT.	109	29,1
MEJORÍA	95	25,4
IMPOSIBILIDAD FÍSICA	66	17,6
INCOMPATIBILIDAD HORARIA	47	12,6
RESOLUCIÓN PROPIA	28	7,5
OTROS INTERESES	19	5,1
PROBLEMAS DEL SERVICIO	10	2,7

Al relacionar los motivos de abandono con los grupos diagnósticos, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 59,98$  y  $P < 0,007$ ), de tal modo que:

## Motivos de abandono



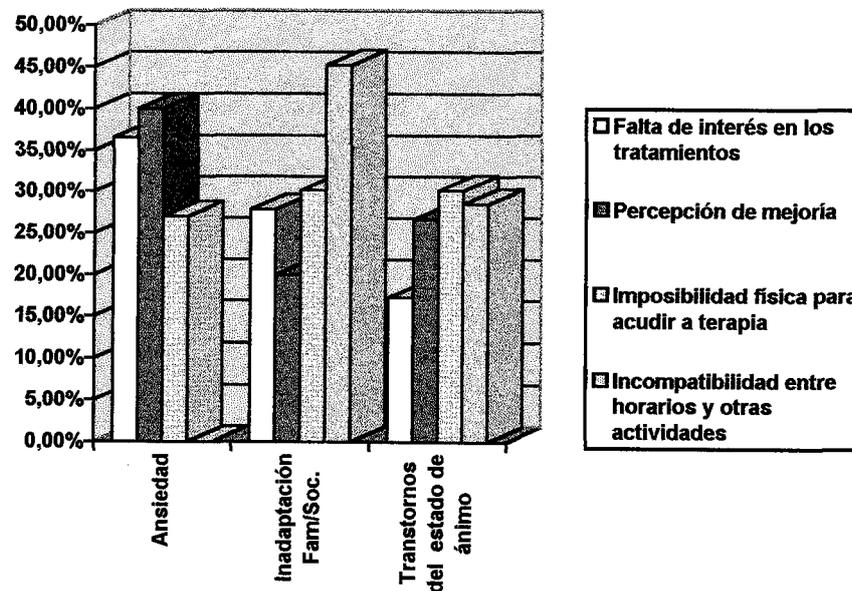
De los 104 pacientes (29,7%) que alegaron como motivo de abandono la falta de interés en los tratamientos, 38 pacientes estaban diagnosticados de trastornos de ansiedad, 29 pacientes tenían problemas interpersonales de adaptación en el ámbito familiar y social y 18 pacientes estaban diagnosticados de trastornos del estado de ánimo

De los 90 pacientes (25,7%) que alegaron como motivo de abandono la percepción de mejoría, 36 pacientes estaban diagnosticados con trastornos de ansiedad, 24 pacientes estaban diagnosticados con trastornos del estado de ánimo, y 18 pacientes tenían problemas interpersonales adaptativos en el ámbito familiar y social.

De los 63 pacientes (18%) que alegaron como motivo de abandono de las consultas la imposibilidad física para acudir a terapia, 19 pacientes estaban diagnosticados con trastornos del estado de ánimo, 19 pacientes tenían problemas interpersonales adaptativos en el ámbito familiar y social, y 17 pacientes estaban diagnosticados de trastornos de ansiedad.

De los 42 pacientes (12%) que abandonaron las consultas alegando como motivo de abandono la incompatibilidad entre el horario de consulta y otras obligaciones tanto laborales como familiares, 19 pacientes tenían problemas interpersonales adaptativos en el ámbito familiar y social, y 12 pacientes estaban diagnosticados con trastornos del estado de ánimo.

Motivos de abandono // Grupos diagnósticos



Al relacionar los motivos de abandono con el tipo de tratamiento (Psicológico, Psiquiátrico) donde se detecta el abandono de las consultas, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 22,59$  y  $P < 0,001$ ), de tal modo que:

De los 234 pacientes (62,9%) que abandonaron los tratamientos psicológicos, 79 pacientes expresaron falta de interés por la terapia, 57 pacientes expresaron como motivo de abandono mejoría, 26 pacientes alegaron imposibilidad física como impedimento para acudir a consulta, 21 pacientes dijeron que el problema lo tenían que resolver ellos mismos, y 13 pacientes

argumentaron intereses distintos a seguir una terapia como medio para solucionar sus problemas.

CONSULTAS ABANDONADAS // MOTIVOS DE ABANDONO

	PSICOLOGÍA	PSIQUIATRÍA
FALTA DE INTERÉS	79	30
MEJORÍA	57	36
INCOMPAT. HORARIA	32	15
IMPOSIBIL. FÍSICA	26	40
RESOLUC. PERSONAL	21	7
DISTINTOS INTERESES	13	6
PROBLEMAS SERVICIO	6	4

De los 138 pacientes (37,1%) que abandonaron los tratamientos farmacológicos, 40 pacientes alegaron imposibilidad física como impedimento para acudir a consulta, 36 pacientes expresaron como motivo de abandono la mejoría, y 30 pacientes expresaron falta de interés por la terapia.

Al relacionar los motivos de abandono y la mejoría detectada por el paciente durante el tiempo que este se mantuvo en consulta, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 79,93$  y  $P < 0,001$ ), de tal modo que:

De los 97 pacientes (31,6%) que alegaron como motivo de abandono falta de interés en la terapia, 57 pacientes alegaron que no había detectado "nada" de mejoría durante el tiempo que

permanecieron en tratamiento, 25 pacientes dijeron que habían detectado “algo” de mejoría durante el tiempo que permanecieron en tratamiento, y 15 pacientes respondieron que había detectado “mucho” mejoría durante el tiempo que se mantuvieron en tratamiento.

De los 87 pacientes (28,3%) que alegaron como motivo de abandono la percepción de mejoría, 51 pacientes respondieron que habían detectado “mucho” de mejoría durante el tiempo que se mantuvieron en consulta, y 30 pacientes alegaron que habían percibido “algo” de mejoría durante el tiempo que se mantuvieron en consulta.

#### MEJORÍA DURANTE // MOTIVOS DE ABANDONO

	MUCHO	ALGO	NADA
MEJORÍA	51	30	6
FALTA DE INTERES	15	25	57
IMPOSIBILIDAD FÍSICA	21	14	8
INCOMPAT. HORARIA	15	17	7
RESOLUCIÓN PERSONAL	6	9	9
DISTINTOS INTERESES	1	6	6
PROBLEMAS DEL SERVICIO	2	1	1

De los 43 pacientes (14%) que alegaron como motivo de abandono la imposibilidad física para acudir a consulta, 21 pacientes respondieron que habían obtenido “mucho” mejoría durante el tiempo que acudieron a consulta, y 14 pacientes respondieron que

habían obtenido “algo” de mejoría durante el tiempo que se mantuvieron en consulta.

De los 39 pacientes (12,7%) que alegaron como motivo de abandono la existencia de incompatibilidad horaria entre los tratamientos y otras actividades obligatorias de índole familiar o laboral, 17 pacientes respondieron que habían percibido “algo” de mejoría, y 15 pacientes respondieron que habían percibido “mucho” mejoría.

Al relacionar los motivos de abandono con la mejoría detectada por el paciente después de abandonar las consultas, se obtienen como resultados (con valores  $\chi^2 = 132,29$  y  $P < 0,001$ ), de tal modo que:

De los 93 pacientes (27,3%) que alegaron como motivo de abandono el haber conseguido mejorar en su problemática, 89 pacientes respondieron que se sentían mejor después de haber acudido a terapia.

De los 49 pacientes (14,4%) que alegaron como motivo de abandono la existencia de algún impedimento físico, 33 pacientes respondieron que se sentían mejorados después de haber acudido a las consultas, y 14 pacientes respondieron que se sentían igual que antes de haber acudido a terapia.

De los 45 pacientes (13,2%) que alegaron como motivo de abandono la incompatibilidad horaria, 31 pacientes respondieron que se sentían mejorados después de haber acudido a consulta, y 13 pacientes respondieron que se sentían igual que antes de acudir a terapia.

## MEJORÍA DESPUÉS DE ABANDONAR // MOTIVOS ABANDONO

	MEJOR	IGUAL	PEOR
MEJORÍA	89	4	-
IMPOSIBILIDAD FÍSICA	33	14	2
INCOMPATIBILIDAD HORARIA	31	13	1
FALTA DE INTERÉS	20	79	4
RESOLUCIÓN PERSONAL	18	10	-
INTERESES DISTINTOS	5	10	-
PROBLEMAS DEL SERVICIO	7	1	-

De los 103 pacientes (30,2%) que alegaron como motivo de abandono la falta de interés en la terapia, 79 pacientes manifestaron sentirse "igual" que antes de acudir a terapia, y 20 pacientes respondieron sentirse "mejor" que antes de acudir a terapia.

De los 28 pacientes (8,2%) que alegaron como motivo de abandono la creencia de que los problemas los tenían que resolver ellos mismos, 18 pacientes alegaron haber sentido mejoría con las consultas a las que acudieron antes de abandonar los

tratamientos, y 10 pacientes alegaron sentirse igual que antes de haber acudido a consulta.

Al relacionar los motivos de abandono con el mantenimiento o desaparición de los problemas objeto de la demanda terapéutica se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 64,75$  y  $P < 0,001$ ).

De los 106 pacientes (30,8%) que alegaron como motivo de abandono la falta de interés hacia las terapias, 101 pacientes contestaron que continuaban existiendo los problemas objeto de la terapia.

De los 94 pacientes (27,3%) que alegaron haber detectado mejoría a través de las terapias, 51 pacientes contestaron que continuaba existiendo el problema y 43 pacientes contestaron que el problema había desaparecido.

DESAPARICIÓN DEL PROBLEMA // MOTIVOS DE ABANDONO

	SE MANTIENE	DESAPARECE
FALTA DE INTERÉS	101	5
MEJORÍA	51	43
IMPOSIBILIDAD FÍSICA	42	5
INCOMPAT. HORARIA	37	8
RESOLUCIÓN PERSONAL	27	1
OTROS INTERESES	15	2
PROBLEMAS SERVICIO	5	2

De los 47 pacientes (13,7%) que alegaron como motivo de abandono la imposibilidad física para acudir a consulta, 42 pacientes respondieron que el problema continuaba existiendo.

De los 45 pacientes que argumentaron como motivo de abandono de las consultas la incompatibilidad entre el horario de consulta y otras actividades obligadas tanto laborales como familiares, 37 pacientes respondieron que el problema continuaba existiendo.

De los 28 pacientes (8%) que alegaron como motivo de abandono la creencia de que los problemas los tenían que resolver ellos mismos, 27 pacientes contestaron que los problemas objeto de la demanda terapéutica continuaban existiendo.

### 3.8.- ESTADO DEL PACIENTE ABANDONADOR DESPUÉS DE PRODUCIRSE EL ABANDONO TERAPÉUTICO

#### **\* Estado posterior.**

A.- En cuanto a admitir que los problemas seguían existiendo, 244 pacientes (71,5% de los encuestados) admitieron que los problemas seguían existiendo a pesar de que la importancia que actualmente daban a los mismos podía ser distinta, y 97 (28,5% de los encuestados) contestaron que sus problemas habían desaparecido. No se dispone información en este sentido sobre 111 pacientes (24,5 %).

## DESAPARICIÓN O MANTENIMIENTO DEL PROBLEMA

	n	%
CONTINUA	244	71,5
DESAPARECE	97	28,5

B.- En cuanto a la posibilidad de asumir el problema, aún a pesar de admitir que seguía existiendo, 156 pacientes (55,7% de los encuestados) contestaron que no asumían el problema y 123 pacientes (44,3% de los encuestados) respondieron que asumían el problema. No se dispone información sobre 173 pacientes (38,1%).

## ASUME EL PROBLEMA

	n	%
NO ASUME	156	55,7
ASUME	123	44,3

C.- En cuanto a considerar si había cambiado su percepción sobre los problemas después de abandonar las consultas, 199 pacientes (62% de los encuestados) contestaron que lo percibían de la misma forma, 121 pacientes (38% de los pacientes encuestados) contestaron que percibían el problema de distinta forma. No se dispone de información en este sentido sobre 132 pacientes (29%).

## CAMBIO EN LA PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA

	n	%
SE MANTIENE	199	62,0
CAMBIA	121	38,0

**\* Percepción de Mejoría.**

En cuanto a la percepción del grado de mejoría sentida después de haber abandonado las terapias, se recogieron datos de 343 pacientes, de los cuales 204 (59,5% de los encuestados) respondieron que habían sentido mejoría con las terapias y 132 (38,5% de los encuestados) consideraron que se encontraban igual después de haber abandonado los tratamientos. Únicamente 7 pacientes (2% de los encuestados) dijeron que se encontraban peor. No se dispone información en este sentido sobre 109 pacientes (24,1%).

## MEJORÍA POSTERIOR

	n	%
MEJOR	204	59,5
IGUAL	132	38,5
PEOR	7	2,0

En cuanto al grado de mejoría percibida por los pacientes durante el periodo en que se mantuvieron en consulta, se recogieron datos

de 309 pacientes, de los cuales 111 pacientes (35,9% de los encuestados) consideraron haber obtenido “mucha” mejoría, 103 (33,3% de los encuestados) admitieron haber obtenido “algo” de mejoría, y 95 pacientes (30,7% de los encuestados) respondieron que no habían percibido “ninguna” de mejoría. No se dispone de información sobre el grado de mejoría de 143 pacientes (31,6%).

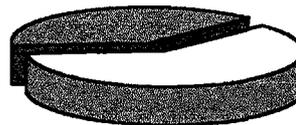
## MEJORÍA DURANTE

	n	%
MUCHA	111	35,9
ALGO	103	33,3
NADA	95	30,7

Al relacionar la mejoría percibida por el paciente durante el tiempo que permaneció en consulta y la mejoría percibida por el paciente después de abandonar los tratamientos, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 131,90$  y  $P < 0,001$ ), de forma que,

**Mejoría percibida por el paciente después de abandonar los tratamientos**

**Pacientes que se encontraban igual después de abandonar**  
39,29%

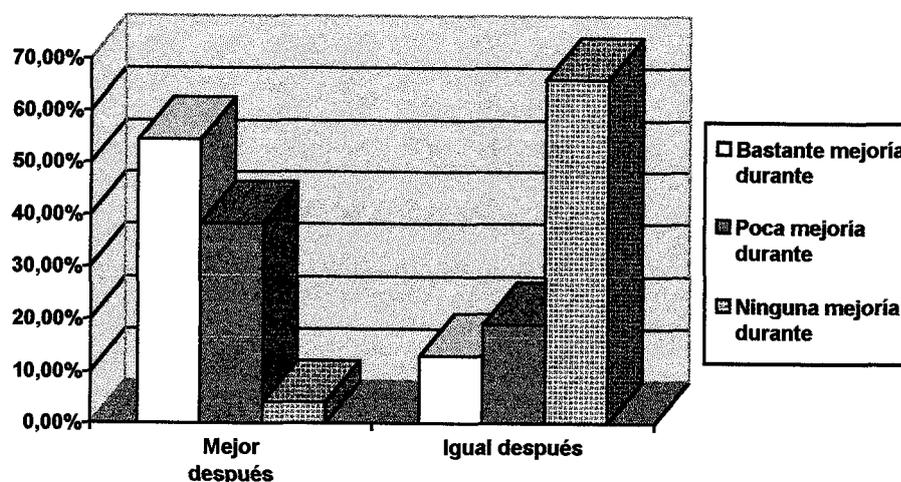


**Pacientes que se encontraban mejor después de abandonar.**  
60,71%

De los 204 pacientes adultos que dijeron encontrarse mejor después de abandonar los tratamientos, 111 pacientes consideraron percibir bastante mejoría durante el tiempo que permanecieron en los tratamientos, 78 pacientes consideró que únicamente había percibido un poco de mejoría, y 8 pacientes respondieron que no habían recibido ninguna mejoría durante el tiempo que estuvieron en terapia.

De los 132 pacientes que contestaron se encontraban igual después de abandonar los tratamientos, 87 pacientes dijeron que durante el tiempo que permanecieron en consulta tampoco habían percibido ninguna mejoría, 25 pacientes contestó que durante el tiempo que habían permanecido en consulta habían percibido un poco de mejoría, y 17 pacientes contestaron que durante el tiempo que había permanecido en consulta habían percibido bastante mejoría.

Mejoría percibida



Al relacionar la mejoría detectada por el paciente durante el tiempo que permaneció en consulta con el tipo de problema origen de la demanda ( problemas de tipo familiar, personal, económico y/o laboral), se obtienen los siguientes resultados, (con valores  $\chi^2 = 11,62$  y  $P < 0,02$ ), de tal forma que:

De los 111 pacientes (35,9%) que contestaron que habían obtenido mucha mejoría durante el tiempo que se mantuvieron en terapia, 60 pacientes contestaron que los problemas se centraban en conflictos familiares, 31 pacientes contestaron que los problemas se centraban en conflictos personales (rasgos de carácter o personalidad), y 20 pacientes contestaron que los problemas se centraban en motivos económicos y/o laborales.

De los 103 pacientes (33,3%) que contestaron que habían obtenido algo de mejoría durante el tiempo que se mantuvieron en terapia, 63 pacientes centraron sus problemas en conflictos familiares, 34 pacientes contestaron que los problemas se centraban en conflictos personales (rasgos de carácter o personalidad), y 6 pacientes se centraron en motivos económicos y/o laborales.

MEJORÍA DURANTE // ORIGEN DEL PROBLEMA

	MUCHO	ALGO	NADA
PROBLEMAS FAMILIARES	60	63	50
PROBLEMAS PERSONALES	31	34	39
PROBLEMAS LAB./ ECO.	20	6	6

De los 95 pacientes (30,7%) que contestaron que no habían obtenido ninguna mejoría durante el tiempo que se mantuvieron en terapia, 50 pacientes centraron sus problemas en conflictos familiares, 39 pacientes contestaron que los problemas se centraban en conflictos personales (rasgos de carácter o personalidad), y 6 pacientes se centraron en motivos económicos y/o laborales.

Al relacionar la mejoría detectada por el paciente durante el tiempo que éste se mantuvo en consulta con los motivos de abandono, se encuentran los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 79,93$  y  $P < 0,001$ ), de forma que:

#### MEJORÍA DURANTE // MOTIVOS DE ABANDONO

	MUCHO	ALGO	NADA
MEJORÍA	51	30	6
FALTA DE INTERES	15	25	57
IMPOSIBILIDAD FÍSICA	21	14	8
INCOMPAT. HORARIA	15	17	7
RESOLUCIÓN PERSONAL	6	9	9
DISTINTOS INTERESES	1	6	6
PROBLEMAS DEL SERVICIO	2	1	1

De los 111 pacientes (36,2%) que admitieron haber detectado “mucho” mejoría durante el tiempo que se mantuvieron en consulta, 51 pacientes indicaron que habían abandonado las consultas por considerar que habían mejorado en sus problemas,

21 pacientes indicaron que dejaron de acudir a consulta por imposibilidad física, 15 pacientes alegaron que habían dejado de acudir a consulta por haber surgido incompatibilidad entre el horario de consulta y sus actividades privadas, y 15 pacientes argumentaron que el abandono se debía a que había dejado de interesarles la terapia.

De los 103 pacientes (33,2%) que admitieron haber detectado “algo” de mejoría en sus problemas, 30 pacientes indicaron que habían abandonado por considerar que habían mejorado en sus problemas, 25 pacientes alegaron que el abandono se debía a que había dejado de interesarles la terapia, 17 pacientes alegaron que habían dejado de acudir a consulta por haber surgido incompatibilidad entre el horario de consulta y sus actividades privadas, y 14 pacientes indicaron que dejaron de acudir a consulta por imposibilidad física.

De los 95 pacientes (30,6%) que admitieron no haber detectado “nada” de mejoría en sus problemas, 57 pacientes alegaron que el abandono se debía a que había dejado de interesarles la terapia. los 37 pacientes restantes alegaron distintos motivos.

Al relacionar el estado del paciente en cuanto a la mejoría mantenida por el paciente, después de abandonar las consultas, con los motivos alegados por el paciente como causa de abandono, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 132,29$  y  $P \leq 0,001$ ), de forma que:

## MEJORÍA DESPUÉS DE ABANDONAR // MOTIVOS ABANDONO

	MEJOR	IGUAL	PEOR
MEJORÍA	89	4	-
IMPOSIBILIDAD FÍSICA	33	14	2
INCOMPATIBILIDAD HORARIA	31	13	1
FALTA DE INTERÉS	20	79	4
RESOLUCIÓN PERSONAL	18	10	-
INTERESES DISTINTOS	5	10	-
PROBLEMAS DEL SERVICIO	7	1	-

De los 204 pacientes (59,5%) que consideraron sentir mejoría después de abandonar las consultas, 89 pacientes alegaron que habían abandonado las consultas por considerarse mejorados en su problema, 33 pacientes alegaron que habían abandonado por existir imposibilidad física que les impidiera acudir a las consultas, 31 pacientes alegaron que habían abandonado por existir incompatibilidad entre el horario de terapia y sus otras actividades, 20 pacientes alegaron que abandonaron por dejarles de interesar la terapia, y 18 pacientes alegaron que habían abandonado por considerar que el problema lo tenían que resolver ellos mismos.

De los 132 pacientes (38,4%) que consideraron sentirse igual después de abandonar la terapia, no habiendo encontrado con el tratamiento ningún tipo de mejoría, 79 pacientes alegaron que abandonaron por dejarles de interesar la terapia, 14 pacientes alegaron que habían abandonado por existir imposibilidad física

que les impidiera acudir a consulta, 13 pacientes alegaron que habían abandonado por existir incompatibilidad entre el horario de terapia y sus otras actividades, 10 pacientes alegaron que habían abandonado por considerar que el problema lo tenían que resolver ellos mismos, y 10 pacientes alegaron que habían abandonado la terapia por tener intereses distintos de los propiamente terapéuticos.

No se encontraron datos significativos en cuanto al número de pacientes que consideró haber empeorado con los tratamientos.

Al relacionar el estado posterior del paciente después del abandono de las consultas y la percepción por parte del paciente sobre la desaparición o continuidad del problema, se obtienen los siguientes resultados (con valores  $\chi^2 = 82,561$  y  $P < 0,001$ ), de forma que:

#### ESTADO POSTERIOR // DESAPARICIÓN DEL PROBLEMA

	MEJOR	IGUAL	PEOR
DESAPARECE	95	2	-
SE MANTIENE	109	130	7

De los 204 pacientes (59%) que respondieron que se sentían mejor después de abandonar los tratamientos, 95 pacientes admitieron

que el problema había desaparecido y 109 pacientes admitieron que el problema continuaba.

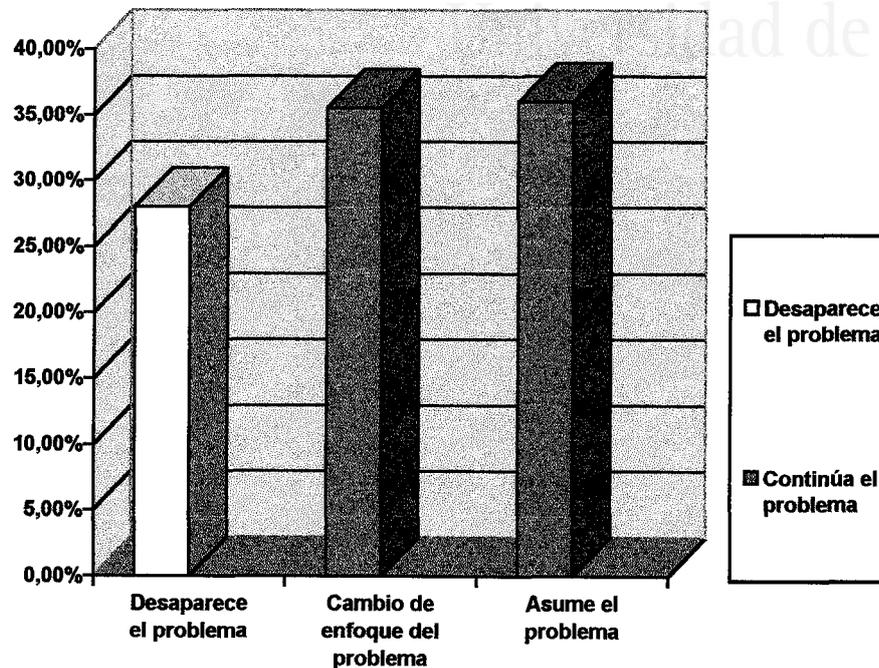
De los 132 pacientes (38,9%) que contestaron se encontraban igual después de abandonar los tratamientos, 2 pacientes contestaron que el problema había desaparecido y 130 pacientes que el problema continuaba.

Por tanto, se puede concluir que 97 pacientes (28%) contestaron que el problema había desaparecido y 244 pacientes (72%) contestaron que continuaba.

Cuando se les preguntó a los pacientes que habían contestado que el problema continuaba si habían cambiado la forma de enfocar el problema después de acudir a consulta, 121 pacientes contestaron que veían el problema de distinta forma. De estos últimos, 112 pacientes admitieron que se encontraban mejor, mientras que 9 pacientes dijeron que se encontraban igual.

Cuando se preguntó a los pacientes que consideraban que el problema continuaba si asumían el problema origen de la demanda, 123 pacientes contestaron que asumían el problema. De estos últimos, 98 pacientes admitieron que se encontraban mejor, mientras que 25 pacientes dijeron que se encontraban igual.

**Cambios terapéuticos**



3.9.- IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES EN LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL

**\* Aceptación / Rechazo de las consultas de Salud Mental.**

En cuanto a la intencionalidad o posibilidad del paciente adulto de acudir de nuevo a consulta, caso de volver a necesitarlo, o bien de reiniciar de nuevo las ya interrumpidas, se han recogido datos de 345 pacientes, de los cuales 208 pacientes (60,3% de los encuestados) manifestaron no tener intención alguna para reiniciar las consultas y 137 (39,7% de los encuestados) manifestó

intencionalidad de volver a reiniciar las consultas. No se dispone información en este sentido sobre 107 pacientes (23,7%).

#### REINICIO

	n	%
NO	208	60,3
SI	137	39,7

Respecto a estar o no acudiendo a otros dispositivos, se recogieron datos de 347 pacientes, de los cuales 265 (76,4% de los encuestados) manifestaron no estar acudiendo a ninguna otra consulta, 33 (9,5% de los encuestados) afirmaron continuar con su médico de referencia para el control de las medicaciones prescritas, 27 (7,8% de los encuestados) afirmaron estar asistiendo a otros dispositivos públicos, y 22 (6,3% de los encuestados) afirmaron estar asistiendo a consultas privadas. No se dispone información sobre 105 pacientes (23,2%).

#### ACUDE A OTROS DISPOSITIVOS

	n	%
NO	265	76,4
A. PRIMARIA	33	9,5
PÚBLICOS	27	7,8
PRIVADOS	22	6,3

**\* Preferencia sobre las consultas psicológicas versus psiquiátricas.**

En cuanto a las preferencias manifestadas sobre el tipo de consulta a la que acudiría el paciente adulto, caso de decidir volver a pedir cita, se recogieron datos de 346 pacientes, de los cuales 103 (29,8% de los encuestados) manifestaron que volverían en concreto a las consultas de psicología, 64 (18,5% de los encuestados) dijeron que preferían volver a las consultas de psiquiatría, 95 (27,5% de los encuestados) expresaron dudas en su decisión de volver o no a las consultas de Salud Mental, 61 (17,6% de los encuestados) expresaron su deseo de volver a las consultas, sin especificar a que tipo de consulta, y 23 pacientes (6,6% de los encuestados) expresó claramente su decisión de no volver a las consultas de Salud Mental. No se dispone información en este sentido sobre 106 pacientes (23,5%).

CONSULTA PREFERENTE

	n	%
PSICOLOGÍA	103	29,8
PSIQUIATRÍA	64	18,5
DUDAS	95	27,5
VOLVERÍA	61	17,6
NO VOLVERÍA	23	6,6



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ***CAPÍTULO V***

# ***DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES***

## DISCUSIÓN

El fenómeno del abandono de las consultas constituye un grave problema dentro del trabajo asistencial, ya que ocasiona empobrecimiento de la atención sanitaria pública, produciendo una disminución en la rentabilidad de los distintos profesionales que no puede ser utilizada en beneficio de otros pacientes y que redundando no solo en el aumento de las listas de espera, sino también produce recidivas de los pacientes y rehospitalizaciones, con el consiguiente aumento de los costes sanitarios públicos.

En un principio la magnitud del problema en estudio no resulta ser tan grave, ya que se ha detectado que la **tasa total de abandono resultante a lo largo del periodo de investigación fue de un 24% sobre las 2.654 historias abiertas en Salud Mental. La tasa de abandono infantil resultó ser de un 34% sobre las 441 historias infantiles contabilizadas y de un 20% sobre las 2.213 historias de pacientes adultos.**

La mayoría de los autores han encontrado en sus investigaciones tasas de abandono que oscilan entre un 30% y un 50%:<sup>18, 20, 21, 23, 24.</sup>

La población en estudio, constituida por la totalidad de los pacientes que abandonaron las consultas de Salud Mental durante el periodo de investigación comprendido entre el 1 de Enero 1993 y el 31 de Diciembre de 1994 parece ser representativa, ya que está

está formada por amas de casa (157 pacientes), trabajadores (177 pacientes), estudiantes (108 pacientes), jubilados y/o en situación de paro (71 pacientes), que constituyen los tipos de pacientes habituales, si atendemos a las memorias anuales de las Unidades de Salud Mental, por lo que cabe esperar que los motivos de abandono que pudiesen estar incidiendo, reflejen los motivos de los pacientes de nuestro medio.

Se ha centrado la investigación en el análisis y estudio de los resultados procedentes de los pacientes abandonadores adultos (452 pacientes), no solo por constituir una muestra de mayor tamaño, sino también por tener en cuenta que los niños son llevados a consulta por el adulto y tanto la decisión de acudir a consulta, como los motivos de abandono corresponden más al adulto que al niño.

En esta misma línea, Pekarik y Stephenson<sup>71</sup> también se han centrado en el estudio de pacientes abandonadores adultos, basándose en la dependencia del niño respecto de los padres para asistir o abandonar las consultas.

Para estudiar el abandono de las consultas se ha partido de considerar que existía en el paciente la voluntariedad tanto para iniciar, como para dar por terminada la terapia, y esta "voluntariedad" no está tan clara en el niño que es conducido a consulta por decisión de los padres y por tanto generalmente abandona cuando el padre lo decide.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Se puede considerar que las demandas infantiles surgen:

- \* Originadas por la demanda de los padres.
- \* Motivadas por el pediatra que formula la derivación, pero que no pasa por la demanda de los padres.

En este estudio, sin embargo, pareció lógico recoger datos que permitieran conocer el fenómeno del abandono infantil, máxime dado el enfoque descriptivo del trabajo.

En el presente estudio pudieron ser localizados un gran número de pacientes (476 pacientes, equivalente al 74,25% del total de pacientes abandonadores estudiados), debido a que éste se realizó en un medio rural-urbano pequeño, y que las unidades de Salud Mental están ubicadas en los Centros de Salud, lugar al que acuden frecuentemente los pacientes para ser atendidos a nivel primario, resultando ilocalizables únicamente 166 pacientes (equivalente al 31,44%) del total de la población de pacientes abandonadores.

Por tanto ha sido posible contactar con la mayoría de los pacientes abandonadores de las consultas de Salud Mental, y se ha podido conocer la opinión expresada por el propio paciente y alegada como motivo de abandono, lo que ha repercutido positivamente en los resultados obtenidos en el actual estudio.

En la mayoría de las ocasiones, los pacientes localizados telefónicamente acogieron de buen grado las llamadas del Equipo de Salud Mental y también se detectó una buena disposición de los sujetos para cooperar en la investigación.

Un gran número de pacientes manifestó su agradecimiento por el interés mostrado por ellos y en otros casos los pacientes pidieron disculpas por el incumplimiento en los tratamientos, prometiendo en algunas ocasiones volver a consulta cuando les fuese posible.

También parece interesante señalar que un número bastante significativo de pacientes quiso dejar bastante claro que el trato del Equipo de Salud Mental había sido bueno y que los distintos profesionales habían sido amables y atentos, haciendo constar explícitamente que se consideraban bien atendidos, señalizando que el abandono a las consultas obedecía a causas ajenas al tratamiento recibido por el Equipo.

Otras veces los pacientes se mostraron un poco celosos ante las llamadas, expresando su preferencia por expresar los motivos de abandono de forma personal, para lo que se les dio una nueva cita en las consultas de Salud Mental. También se constató que esta actitud fue la menos frecuente.

Se considera conveniente indicar que en algunas ocasiones el paciente intentó utilizar la llamada como si se tratara de una

consulta, pretendiendo aclarar o solucionar problemas personales, cuya exposición pertenecía claramente a una consulta terapéutica.

En algunas ocasiones se tuvo que intervenir a nivel terapéutico, motivando al paciente para que retomara la consulta. En otros casos también se hizo necesario intervenir con objeto de disminuir la culpabilidad que sentía el paciente por abandonar los tratamientos, en la medida en que estos sentimientos parecían estar frenando o dificultando el poder reiniciar las consultas en el Equipo de Salud Mental.

Queremos indicar que el contacto con el paciente a través del teléfono resultó ser más accesible, y cuando esta vía de acceso resultó inoperante se utilizó el correo ordinario, aunque resultó ser más impersonal y menos eficaz.

Por otra parte, la mayoría de estudios revisados han estudiado el fenómeno del abandono con un número de pacientes muy reducido con una media inferior a 100 pacientes: 20, 23, 24, 37, 94, 98, 99, 105, 110, 136, 141, 145,

Por otro lado muy pocos estudios han localizado y preguntado directamente a los pacientes el motivo de abandono, ya que el hecho de que el paciente abandone las consultas dificulta de forma importante la localización posterior del sujeto. Todas estas dificultades pudieron superarse en esta ocasión.

También parece conveniente señalar que existe un nivel cultural medio-bajo que es común a los pacientes abandonadores, pero que pudiera ser característico a nivel general en los pacientes que acuden a consulta en el Área 15 de Salud de la Comunidad Valenciana donde se ha centrado el estudio, por pertenecer a una zona urbana-pequeña con una preferente dedicación tanto agrícola como marinera. En relación con los pacientes abandonadores, únicamente se encontraron 14 pacientes con formación universitaria, 95 pacientes con estudios medios o formación profesional, resultando predominantes los estudios primarios detectados en 196 pacientes, además de constar 118 pacientes sin ningún tipo de estudio y desconociéndose el nivel cultural del resto de los pacientes.

A nivel demográfico se detecta que es doble el número de mujeres (328, equivalente al 72,6%) frente al número de hombres (124, equivalente al 27,4%) que abandonan las consultas de Salud Mental, y que la mayoría de los pacientes abandonadores en estudio viven dentro de la familia, siendo pocos los pacientes que viven solos o independientes de los núcleos familiares.

No se ha encontrado información en los estudios revisados sobre la posible asociación entre la forma de vida de los pacientes y el abandono de las consultas. Únicamente en los primeros estudios aparecen referencias al perfil del paciente abandonador, asociando el abandono de las consultas con el aislamiento y la falta de apoyo social y/o familiar: <sup>18, 70</sup>.

A pesar de que el Equipo de Salud Mental no recoge el número de demandas de forma separada de hombres y de mujeres, se conoce que es mayoritaria la población de mujeres demandantes de atención asistencial en lo que a la Salud Mental se refiere, por lo que las tasas de abandono comparativas entre hombres y mujeres no parecen indicar que la tasa de abandono en mujeres sea mayor que la detectada en hombres.

De los resultados obtenidos en el presente estudio se puede deducir que las variables demográficas no son significativas y que por tanto no se pueden utilizar como indicadores del abandono de las consultas.

Las primeras investigaciones, según la revisión bibliográfica, trataron de encontrar variables demográficas predictoras del abandono, pero posteriores estudios se han dirigido a buscar otro tipo de indicadores, al no resultar significativamente asociadas las variables demográficas con el abandono.

De los resultados recogidos en el presente estudio únicamente aparece asociado el sexo de los pacientes adultos con el tipo de problema que da lugar a que la demanda terapéutica se produzca, de tal forma que el 59% de las mujeres frente al 41% de los hombres presentaron problemas familiares; en cambio el 10% de las mujeres frente al 22% de los hombres acudieron a consulta por problemas económicos o laborales.



También resultan asociadas las variables que miden:

- \* El tipo de problema que da lugar a que surja la demanda terapéutica.
- \* Los problemas concretos y circunstanciales.
- \* La ansiedad como juicio diagnóstico.

Parece indicado señalar que la ansiedad como síntoma está presente en numerosos trastornos psiquiátricos y que en las historias clínicas revisadas aparecen en numerosas ocasiones como juicio diagnóstico los síntomas que aquejan al paciente y que surgen en las primeras entrevistas.

Relacionados con la ansiedad asociada a problemas puntuales concretos y circunstanciales, podíamos referirnos al trabajo de Matas et al<sup>24</sup> que indican, a raíz de los resultados obtenidos en su investigación, que los pacientes procedentes de las urgencias hospitalarias que son derivados a consulta ambulatoria, abandonan en un porcentaje tres veces superior la consulta que aquellos pacientes que proceden de las unidades de hospitalización psiquiátrica.

Esto nos hace pensar que en las urgencias hospitalarias son atendidos principalmente problemas agudos concretos y circunstanciales con un gran componente de ansiedad, pero una

vez atendido el paciente o superado el momento no está dispuesto a seguir ninguna terapia y decide no acudir a consulta ambulatoria.

De los resultados obtenidos en el presente estudio se desprende que el paciente que acude a las consultas de Salud Mental dentro del área en el que se realizó la investigación fue derivado principalmente por otros profesionales, encontrándose una tasa de derivación en un 67,8%.

Se conoce también que los conflictos familiares llegan a las consultas de Salud Mental por iniciativa propia, y que la mayor tasa de derivación profesional estaba relacionada con problemas de ansiedad detectados en los pacientes.

Teniendo en cuenta que los abandonos se producen tanto en las consultas de psicología como de psiquiatría, se quiere señalar que aunque se detecta un alto número de abandonos en las consultas de psicología, estos datos está ampliamente justificados, teniendo en cuenta que prácticamente toda la población infantil dentro del área en estudio sigue tratamiento en las consultas de psicología, y que la mayor parte de la población juvenil también son adscritos a tratamientos psicológicos.

Parece oportuno indicar también que el tipo de terapia más utilizada en las consultas de psicología resultó ser de naturaleza conductual-cognitiva.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

En concreto, en el presente estudio, la totalidad de niños y adolescentes seguían tratamientos a nivel psicológico, por lo que los abandonos se detectaron en estas consultas.

También hay que tener en cuenta que cuando se les pregunta a los pacientes por su deseo de reiniciar las consultas abandonadas, la mayoría de pacientes expresó el deseo de volver a las consultas de psicología, por lo que podemos considerar que no es significativo que resulten superiores los abandonos en estas consultas.

Se detecta que la tasa mayor de abandonos en las consultas de Psiquiatría se encuentra en los pacientes con trastornos del estado de ánimo, con una tasa de un 38%, seguido de los pacientes con trastorno de ansiedad con una tasa de un 29%.

En cambio, en las consultas de Psicología, la tasa mayor de abandono se encuentra en los pacientes con problemas interpersonales en un 37%, seguido de los trastornos de ansiedad en un 29%.

Por tanto, la tasa de abandono tanto en las consultas de Psicología como en las consultas de Psiquiatría asociada con los trastornos de ansiedad es semejante.

Los resultados son representativos de la problemática atendida en cada una de las consultas, ya que los pacientes con problemáticas

depresivas son derivados a las consultas de psiquiatría, no sólo por la medicación que pudiesen necesitar, sino por recoger el posible riesgo de suicidio que pudiese existir y poderle ofrecer ayuda farmacológica, mientras que las conflictivas familiares y sociales son derivadas a las consultas de psicología.

En cuanto a los diagnósticos asignados a los pacientes abandonadores adultos, aparecen de forma predominante: trastornos de ansiedad; problemas de adaptación a nivel familiar y/o social, seguidos de trastornos del estado de ánimo. También resultaron predominantes los trastornos de ansiedad en los diagnósticos infantiles recogidos en el estudio.

También se conoce que el tipo de fármacos más relacionado con el abandono de las consultas son los ansiolíticos, seguidos de la unión de ansiolíticos y antidepresivos, y que después de producirse el abandono de las consultas permanecía el consumo de fármacos en aquellos pacientes a los que se les había prescrito medicación antidepresiva. Por el contrario, se reducía significativamente en aquellos pacientes a los que se les había prescrito medicación ansiolítica únicamente, es decir no asociada con antidepresivos.

No disponemos información sobre las instrucciones médicas, pero pudiera ser una variable que modulara estos resultados.

En cuanto a la percepción por parte del sujeto adulto sobre la permanencia que los problemas objeto de la demanda tenían en sus vidas, se observa que es significativamente superior el número de pacientes (238, equivalente al 69%) que consideró que los problemas eran circunstanciales y temporales, frente a 107 pacientes (equivalente al 31%) que consideró que los problemas estaban cronificados y habían permanecido siempre en sus vidas.

Estos resultados explican posiblemente que el paciente después de acudir un tiempo a consulta valore que se siente mejorado con relación al momento en que inició su tratamiento en Salud Mental y dé lugar a que se produzca el abandono de las consultas.

Respecto a considerar si se pueden establecer asociaciones significativas entre los problemas que originan que el paciente acuda a consulta y posteriormente abandone, y la relación que pueda existir entre el abandono de las consultas y la permanencia o la duración que los problemas tienen en la vida del sujeto, no se ha encontrado que los diversos autores investiguen los resultados de estas asociaciones.

En cuanto a la valoración del tiempo de asistencia de los pacientes adultos a las consultas antes de producirse el abandono de los mismos, se detecta que éste se ha venido produciendo entre el momento de solicitar la cita y seis meses después de iniciar la terapia, acudiendo el paciente una media entre cuatro y ocho veces a consulta antes de abandonar las mismas, no resultando

significativos los abandonos detectados en pacientes que mantuvieran su asistencia a consulta por tiempo superior a seis meses.

De forma aclaratoria se quiere evitar el equívoco que puede surgir al observar los resultados de este estudio relacionados con los datos obtenidos sobre el número de pacientes que abandonan las consultas, medido por el número de citas a las que acude el paciente antes de abandonar las consultas, y medido por el tiempo que permanece el paciente en tratamiento.

Cuando hemos medido los abandonos teniendo en cuenta el tiempo que el paciente permanece en tratamiento, no se han tenido en cuenta los pacientes que no acudieron a la primera cita, ya que dentro del primer mes de permanencia en tratamiento se han incluido también aquellos pacientes que permanecieron en el circuito asistencial por tener una cita programada, aunque posteriormente no hubiesen acudido a la misma.

Cuando se han contabilizado los abandonos teniendo en cuenta el número de consultas a las que acude el paciente, se ha contabilizado por separado el número de pacientes que no acudieron a ninguna cita de aquellos que acudieron a la primera cita aunque abandonasen posteriormente.



Basándonos en los resultados del presente estudio, resultan equivalentes las tasas de abandono a las consultas encontradas en los siguientes momentos terapéuticos:

\* Pacientes que no acuden a ninguna consulta, no acudiendo por tanto a la primera cita.

\* Pacientes que acuden únicamente a la primera cita.

\* Pacientes que acuden solamente a dos o tres consultas.

Resultados semejantes ya fueron encontrados de forma global por Rogers<sup>76</sup>, que dedujo que al término de la octava sesión quedaba en terapia únicamente el 50% de los pacientes iniciales.

Por tanto al resultar mayoritario el número de pacientes que abandonan después de acudir significativamente entre cuatro y ocho consultas, se pueden mantener opiniones contrapuestas a otros autores que defienden que la tasa más alta de abandono se produce después de la primera cita.

Richmond<sup>90</sup> encontró el mayor porcentaje de abandonos en las primeras sesiones dedicadas a la evaluación y al diagnóstico. Wingerson et al<sup>94</sup> encontraron que el 40% de pacientes abandonaban en las primeras semanas. Morlino et al<sup>145</sup> señalaron que el 37% de los pacientes abandonan antes de la primera



entrevista, el 41% después de la primera, y el 28% después de la segunda.

El presente estudio se ha centrado en tratar de conocer lo más directamente posible los motivos o razones que influyeron en que el paciente dejase de acudir a las consultas de Salud Mental.

Se encontró que las razones alegadas por los pacientes “justificativas” del abandono de las consultas fueron múltiples y nada tenían que ver ni con el tratamiento, ni con el terapeuta (horarios, distancia, otras obligaciones, mejoría, etc...)

Se detectó que entre los motivos de abandono recogidos en la toma de datos aparecen como más significativos:

- \* Las expectativas negativas del paciente hacia los resultados a conseguir con la terapia.
- \* La mejoría.
- \* Las circunstancias de distinta índole ajenas a la terapia.

El valor significativo de las expectativas de los pacientes hacia la terapia, asociadas con el abandono de las consultas es planteada por Lawrence<sup>31</sup> que consideró que constituyen el motivo de abandono más significativo. Pekarik<sup>122</sup> concluyó que es

conveniente ajustarse a las metas del paciente en cuanto a la duración de los tratamientos y a trabajar problemas concretos.

Por otro lado Rawling<sup>124</sup>, tuvo en cuenta que se producen cambios en las expectativas cuando transcurren más de seis sesiones terapéuticas.

En cuanto al estudio del grado de significación de las circunstancias ambientales, Pekarik<sup>63</sup> encontró como motivos de abandono más frecuentes: la mejoría, distintas circunstancias ambientales, y no estar satisfechos con los servicios comunitarios.

Defendiendo el peso de las circunstancias ambientales como motivo de abandono se encuentran estudios como: <sup>130, 131, 133</sup>.

Evaluada la mejoría percibida por los pacientes durante y después de los tratamientos, se detecta una tasa de un 59,5% de mejoría (204 pacientes), después de abandonar las consultas, frente a una tasa de un 69,2% (214 pacientes) con mejoría mantenida durante el tiempo de permanencia en consulta.

Como era esperado, se detecta una disminución en la mejoría percibida, cuando el paciente no continua recibiendo apoyo psíquico, pero resulta mantenida la mejoría en un alto número de pacientes, por lo que podemos considerar que el paciente consigue mejorar, aún a pesar de que abandone las consultas, por tanto, no se puede establecer un paralelismo entre "mejoría" y



“desaparición del problema” origen de la demanda en Salud Mental.

Lo que si que podemos afirmar es que después de haber acudido a consulta, los pacientes admitieron haber logrado mejorar a pesar de aceptar el mantenimiento del problema.

El hecho de que los pacientes expresasen percibir mejoría aún a pesar de admitir el mantenimiento del problema, se puede explicar en que unos pacientes habían cambiado la forma de enfocar el problema, otros decidieron asumir sus problemas y otros cambiaron su disposición personal ante al problema con el convencimiento de que ellos disponían de recursos suficientes como para afrontar sus problemas de forma positiva.

Todo ello nos lleva a defender que a pesar de que el trabajo terapéutico quede incompleto, teniendo en cuenta al terapeuta, se logra al menos parcialmente, el objetivo principal terapéutico, dirigido a conseguir la mejoría del paciente.

De los resultados de nuestro estudio se desprende que la mayoría de los pacientes que abandonan las consultas de Salud Mental no acudieron a ninguna otra consulta posterior (348 pacientes adultos, lo que significa una tasa de un 79,8%), mientras que un pequeño porcentaje de pacientes acudieron a otros dispositivos tanto públicos como privados.

En base a los resultados obtenidos en el estudio, y la relación detectada entre el abandono de las consultas y la mejoría del paciente, se puede considerar que el hecho de producirse el abandono de las consultas no puede ser tomado como fracaso terapéutico.

Esta consideración es defendida por diferentes autores, como Luborsky et al<sup>25</sup> que defienden que el hecho de que se produzca el abandono de las consultas no implica la existencia de fracaso, ya que a través de las sesiones a las que acude el paciente se consigue mejoría; Adams<sup>79</sup> indica que por corto que sea el tratamiento el paciente obtiene mejoría respecto a la situación anterior; Pekarik<sup>63</sup> descarta el fracaso terapéutico, ya que el 39% de pacientes abandonaron las consultas dando por terminada la terapia. Pekarik<sup>72</sup> en un posterior estudio indica que está poco estudiada la relación existente entre los motivos de abandono y la satisfacción conseguida con los tratamiento y que por ello no se puede hablar de fracaso terapéutico, cuando a pesar de haberse producido el abandono de las consultas el paciente se encuentra satisfecho con los resultados obtenidos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se puede admitir que en un gran número de casos, el paciente admite haber obtenido una mejoría en sus problemas como resultado de la asistencia a las consultas, por tanto puede admitirse que el paciente abandona las consultas cuando se siente satisfecho con

los resultados obtenidos, decidiendo por tanto no llegar más allá en su trabajo terapéutico, aún en contra de la opinión sentida por los terapeutas que esperaban haber continuado el trabajo iniciado.

El tipo de variables cualitativas utilizadas ha obligado a un enfoque del tema claramente descriptivo. En cuanto al tipo a pruebas estadísticas utilizadas, es preciso indicar que al tratarse de un estudio de campo, claramente descriptivo, se ha empleado únicamente estadística cualitativa, analizando los datos no solo de forma univariada, sino estableciendo las asociaciones entre las variables más significativas.

Por otra parte el hecho de ser uno de los primeros estudios dirigidos a conocer directamente los motivos de abandono, ha obligado a realizar un estudio de campo lo suficientemente amplio como para obtener información que sirviese de base a posteriores estudios de investigación.

En cuanto al sesgo que en las conductas de Salud Mental se pueden producir debido a la ubicación de las mismas en A. Primaria, pudiera ocurrir que debido a que las mismas están ubicadas dentro del espacio físico de la A. Primaria y al estar el paciente habituado a acudir a su médico generalista cuando lo considera necesario o se ve necesitado de atención sanitaria, generalice sus actuaciones a las consultas de Salud Mental, puesto que se detecta que el paciente no tiene ningún reparo en argumentar que no ha acudido a consulta el día que tenía la cita

programada puesto que “no le venía bien”, acudiendo otro día que “le viene mejor”, en espera de que el terapeuta le atienda en “un hueco”.

Posiblemente la idea de no estigmatizar las consultas de Salud Mental y ubicarlas próximas a la Comunidad, ha hecho que el paciente lo mismo que viene a consulta de A. Primaria en busca de algún remedio inmediato acuda a las consultas de Salud Mental en el momento en que “se encuentra peor”, y deja de acudir cuando se siente dentro de “la normalidad” de su propia problemática.

El abandono se puede considerar como un síntoma que habla muchas veces de la desinformación con que el paciente acude a terapia, no sabiendo ni en que va a consistir ni la duración de la misma, por lo que una vez obtenida la información en la primera sesión clínica puede considerar sencillamente que no le interesa llevar a cabo una terapia.

En numerosas ocasiones el paciente se limita a buscar una persona, a ser posible un profesional que escuche sus quejas como medio para calmar su ansiedad, pero sin ningún otro planteamiento terapéutico. Estos pacientes buscan en la consulta un lugar donde puedan expresar sus quejas, sin cuestionarse si sus propios comportamientos pueden estar influyendo en sus problemas.

Una de las razones por las que el sujeto renuncia a comenzar una terapia puede sustentarse en establecer prioridades en base a las necesidades sentidas por el propio paciente, ya que una vez que tiene conocimiento sobre la forma en que va a llevarse la terapia y en qué va a consistir la misma, puede considerar que los logros que va a obtener son inferiores a los costes que tiene que poner en juego.

En otros casos los esfuerzos que le pide el terapeuta le parecen excesivos o muy costosos y no se creen capaz de realizarlos. Puede ocurrir que el paciente se plantee que los esfuerzos que tiene que poner en marcha para conseguir cambiar la situación donde está ubicado el problema sean mayores que la propia aceptación del propio problema.

Por otro lado, no podemos olvidar el gran número de pacientes que defienden que los problemas que traen a consulta nada tienen que ver con el mismo, sino que se sienten víctimas de los problemas de los demás, por tanto abandonan la terapia convencidos de que no depende de ellos la solución del problema, sino de los demás o de que cambien las circunstancias ambientales.

En otras ocasiones el paciente pretende buscar soluciones terapéuticas a problemas que pasan por otro tipo de soluciones familiares o laborales, por lo que estos pacientes abandonan la terapia cuando se resuelven desde el exterior y/o por otras

personas o circunstancias ajenas a la propia terapia, aquellos problemas que en un principio les motivaron a acudir a consulta.

Otra de las razones a considerar influyentes en el abandono es que el paciente se siente con fuerzas para manejar por si solo la situación, después de haber recibido información en las sesiones a las que ha acudido antes de abandonar.

En otros casos no coinciden las expectativas que el paciente trae a consulta con el tratamiento que le ofrece el terapeuta, pues que se ha detectado que en más ocasiones de las esperadas, el motivo de demanda con que el paciente acude a consulta, no se ajusta a la problemática del paciente, puesto que puede encubrir otras demandas no formuladas explícitamente por el paciente referidas a conseguir bajas laborales o pagas por incapacidad o invalidez, bien con carácter provisional o definitivo, no interesándole por tanto el trabajo terapéutico, puesto que su objetivo no solo es demostrar su enfermedad, sino mantenerla.

Estos pacientes interrumpen su terapia:

- \* Cuando han conseguido su demanda encubierta
- \* Cuando han encontrado otras vías para resolverla
- \* Cuando son conocedores de que por la vía de la psicoterapia no van a conseguir su objetivo.

Es como si estos pacientes trataran de utilizar al profesional en su propio beneficio, al que consideran como un funcionario necesario para dar fe de su malestar, que no tratan de mejorar, sino que amparándose en el concepto de enfermedad, tratan de utilizar para obtener beneficios económicos a nivel social.

Detectamos que existe una discrepancia entre principios y valores entre el profesional y el paciente simulador que equipara beneficios materiales o legales con salud y bienestar a costa de exponer una hipotética enfermedad que en caso de que erróneamente sea admitida, lo que consigue generalmente es reforzar los beneficios secundarios que aporta la enfermedad y en muchos casos crear y cronificar al enfermo, que no estando enfermo en sus comienzos, termina entrando en el circuito asistencial, bien porque enferme en base a los beneficios que obtiene, o bien porque enferme realmente para justificar su situación y no sufrir la discrepancia cognitiva que la situación le origine.

Por otro lado, dadas las características del estudio, existen una serie de problemas de índole metodológico, como pueden ser los cambios que se produjeron a nivel organizativo.

A nivel de organización del Equipo de Salud Mental, durante el año 1993, se produjeron cambios entre el personal integrante de las Unidades de Salud Mental del área en estudio, ubicadas en los Centros de Salud de Benidorm y Villajoyosa, materializándose en

ceses, nuevos ingresos y cambios de ubicación de algunos profesionales

Se indica esta circunstancia por considerar que pudiese estar relacionada con el abandono de las consultas de algunos pacientes, que estando habituados a ser atendidos por un profesional concreto, de forma inesperada se les adjudicó un terapeuta distinto. De hecho durante la recogida de datos se detectan más abandonos de las consultas durante la primera mitad del año 1993 pero van disminuyendo a lo largo de la segunda mitad del mismo año, resultando equivalentes finalmente el número de abandonos recogidos a lo largo de los años 1993 y 1994.

A pesar de producirse este hecho que en un principio se supuso pudiera repercutir en que el abandono de las consultas aumentase, no se constató que así fuese, ya que se equilibró el número de abandonos al contabilizar los producidos durante todo el año 1993 en relación con los que se produjeron durante el año 1994.

También se quiere indicar que no se han tenido en cuenta, y por tanto han quedado excluidos del presente estudio, los abandonos que pudiesen producirse tanto a nivel psicológico como psiquiátrico en los Centros de Salud de Alfàs del Pi y de Callosa d'Ensarria, ya que además de que la demanda existente únicamente es atendida una vez a la semana, los pacientes acuden

de forma menos programada que en los Centros de Salud donde han sido recogidos la totalidad de los datos.

Por otro lado, las historias pertenecientes a Salud Mental se encuentran en estos Centros centralizadas y unificadas dentro del archivo general, en el que se ordenan en base a las fechas de nacimiento, dato que no resultó recogido en las citaciones ni en los listados de pacientes abandonadores, por lo que resultó imposible conocer con exactitud tanto el número de pacientes abandonadores como los datos recogidos en las historias clínicas pertenecientes a los Centros de Salud de Alfás de Pi y de Callosa d'Ensarria.

También se ha de tener en cuenta que al estar basado el estudio en las contestaciones del propio paciente y en autoinformes, se produjese un sesgo al actuar la deseabilidad social del paciente, evitando tanto dar contestaciones no deseadas como exponer opiniones negativas sobre los terapeutas.

Además, en algunos casos, hubiese podido ocurrir que los terapeutas olvidasen abrir historia de pacientes abandonadores, o sencillamente olvidar anotarlos como tales, para que pudiesen ser recogidos como sujetos de estudio.

Se considera que lo anteriormente expuesto, introduce sesgos en el trabajo que no han podido evitarse, aunque se ha supuesto que no afecta ni modifica en nada los objetivos del estudio.

Por último se ha de tener en cuenta el problema expuesto por numerosos autores sobre la ambigüedad de criterios existentes en los distintos trabajos cuando se investiga el fenómeno del “abandono”.

Sassen<sup>27</sup> diferencia entre “terminadores” (los pacientes que dan por terminado el tratamiento), “los disconformes” (los que no están de acuerdo con el tratamiento), y los abandonadores (los que abandonan las consultas), encontrando que el “abandono” se produce entre la cuarta y quinta sesión; pero el autor no aclara en que se diferencian los denominados abandonadores de los otros dos grupos establecidos.

Morrow et al<sup>29</sup> consideran que no se debe de hablar de pacientes abandonadores en base al número de sesiones a las que acude el paciente antes de abandonar, sino que cuando se habla de “abandono” se debería tener en cuenta si el paciente ha abandonado la consulta sin cumplir los objetivos terapéuticos o si el abandono de las consultas se ha producido habiendolos alcanzado.

Sanchez<sup>33</sup> y Duro<sup>34</sup> asocian el abandono de las consultas con la demanda, diferenciando la propiamente terapéutica de la institucional, nacida de la ansiedad del propio profesional derivante o de la Institución en si.

Garfield<sup>36</sup> diferencia entre “rechazadores” (pacientes que nunca empiezan la terapia) y “abandonadores” (los que empiezan y lo dejan posteriormente).

Navarro-Gongora<sup>37</sup> pide que se estandaricen criterios y diferencia distintos grupos de pacientes a los que denomina “desertores”, “abandonadores”, “recaídas”, “deterioros”, “mejorías ligeras”, fallos en conseguir las metas propuestas” y falta de interés en la terapia”.

Pakarik<sup>23</sup> diferencia entre los pacientes que abandonan las consultas habiendo cumplido los objetivos terapéuticos, los pacientes que dan por terminada la terapia sin haber cubierto su objetivo y aquellos que abandonan las consultas para retomarlas posteriormente.

Los estudios revisados adolecen de establecer una definición del paciente abandonador.

Entre las pocas definiciones encontradas se puede citar la de Lawrence<sup>31</sup>, que define al paciente abandonador como: “el paciente adulto de más de veintidós años, que habiendo acudido a la primera o más citas, no volvió a las siguientes citas programadas, no volviendo a contactar con el terapeuta en un espacio de tres meses”. También incluyó aquellos pacientes que habiendo estado ingresados, no acudieron a la primera cita en consultas externas durante el mismo espacio de tiempo, o hasta un



nuevo ingreso hospitalario; todos ellos fueron definidos como terminadores prematuros de terapia.

Se detecta que no existe unanimidad de criterios entre los distintos autores, ya que cuando se habla de “abandono”, no se puntualiza:

\* Si se está hablando de abandono terapéutico sin haber logrado objetivo alguno.

\* Si se esta hablando de abandono de las consultas, sin cuestionarse nada más.

\* Si se está hablando de rechazo al comienzo de un trabajo terapéutico al que el paciente es dirigido, derivado por otros profesionales.

Tampoco se diferencia si el paciente deja de acudir a consulta bajo la creencia de haber conseguido una mejoría aceptable, o si por el contrario abandona por considerar que no le era útil la terapia. Con esta misma idea se encuentra lo defendido por Pekarik<sup>72</sup> cuando menciona “que está poco estudiada la relación existente entre los motivos de abandono y la satisfacción conseguida con los tratamientos”.

No se recoge tampoco si el paciente, aún a pesar de suspender su asistencia a las consultas, continua cumpliendo las pautas



terapéuticas o si por el contrario no sigue las prescripciones dadas.

También nos encontramos que no existe criterio establecido para determinar en que momento y bajo qué condiciones se establece que existe abandono del paciente, ya que los diferentes autores establecen su propio criterio para considerar que se ha producido "abandono".

La inexistencia de criterio conlleva a que cada autor encuentre una tasa de abandono más o menos elevada, dependiendo del criterio de medida.

Por tanto se deberían unificar criterios a la hora de establecer que tiempo se considera oportuno debe de transcurrir desde que el paciente no acude a consulta hasta que se determina que se ha producido el "abandono".

Como soluciones propuestas por los diversos autores para reducir el fenómeno del "abandono", se recogen las más significativas.

En un principio se detecta que numerosos autores se inclinan por defender que la existencia de un pretratamiento o sesión informativa produce resultados favorables comprobados en cuanto que disminuye el abandono de las consultas: 88, 137, 142, 148, 149, 153, 154, 157, 160.

Por tanto se puede defender que el hecho de planificar un “pretratamiento” o sesión informativa previa a la terapia puede ser suficiente para que el paciente tenga una información sobre el trabajo terapéutico a realizar y conozca los objetivos que se pretenden conseguir con objeto de implicarle en la aceptación o no del trabajo terapéutico a plantear.

También es cierto que hasta poder informar al paciente de la trayectoria de nuestro trabajo o poder obtener información para redefinir el problema con ciertas garantías, es necesario realizar varias sesiones, y tampoco podemos olvidar que frecuentemente el paciente pone en marcha “defensas” y que en ocasiones el problema no suele ser expuesto directamente, sino que se llega a conocer después de pasado un tiempo en consulta, por lo que puede producirse el fenómeno del abandono sin haberse llegado a redefinir el problema del paciente, o bien sin haberse establecido un diagnóstico, ni por tanto haber iniciado un tratamiento concreto.

Good<sup>44</sup> defiende que el paciente abandona menos, cuando el tiempo de duración y terminación de la terapia está establecido.

Orme y Boswell<sup>140</sup> defendieron como conclusión de su trabajo que cuanto mayor sea el tiempo de espera, mayor número de abandonos se detectan.

Sledge et al<sup>88</sup> encontraron que la tasa de abandono se reducía en un 50% en el grupo experimental al cual se le indicó el tiempo de duración del tratamiento, por lo que concluyeron defendiendo que el abandono se reduce si el paciente conoce el tiempo de duración de la terapia.

En sentido contrario, Freund et al<sup>141</sup> de los resultados de su estudio concluyeron que no se encuentra correlación alguna entre el abandono y el tiempo de espera.

También parece interesante tener en cuenta lo apuntado por Jellinek<sup>168</sup> en cuanto a que sería conveniente identificar a los pacientes con riesgo de no acudir a consulta, con objeto de poder establecer intervenciones específicas para incrementar la asistencia a consulta.

Matas et al<sup>24</sup> indican como medidas para reducir el número de abandonos a las consultas las siguientes:

- \* Realizar llamadas telefónicas a los pacientes para recordarles la cita
- \* Canalizar a los pacientes y remitirlos a programas específicos.
- \* Informar a los pacientes de que existe una larga lista de espera y si el paciente falta a dos citas iniciales, no se le volverá a dar una nueva cita.

\* No dar cita antes de dos semanas a aquellos pacientes que son derivados desde las urgencias hospitalarias, ya que a veces, una vez remitida la situación de emergencia, el paciente no está interesado en realizar una terapia como paciente externo.

En relación con la ansiedad existente en el paciente en tratamiento psicoterapéutico y teniendo en cuenta que el paciente de forma general efectúa una demanda de tratamiento cuando se encuentra mal y abandona cuando siente mejoría, podría plantearse si dicha mejoría percibida por el paciente a nivel subjetivo, se puede considerar mejoría clínica, ya que el desconocimiento que el paciente tiene sobre su malestar-problema-enfermedad, le ocasiona generalmente ansiedad y angustia, tranquilizándose en la medida que es conocedor de su problemática.

El paciente consigue un conocimiento de su enfermedad si a nivel terapéutico se trabaja:

\* La aceptación por parte del sujeto de que la enfermedad es para toda la vida.

\* El conocimiento de en que medida puede controlar la enfermedad:

- a) Con terapia
- b) Con medicación

\* A qué facetas de su vida afecta su enfermedad, es decir, qué limitaciones se derivan de la patología.

También tenemos que tener en cuenta que el paciente es mejor conocedor de su problemática cuando es capaz de establecer:

- \* Desde que fecha es conocedor de sus problemas.
- \* Que repercusiones orgánicas conlleva su patología.

El conocimiento por parte del sujeto de su problemática ayuda a que el paciente no solo pueda aceptar su enfermedad, sino que le permita centrarla en la realidad concreta en cuanto a gravedad, control y repercusión en otras áreas de su vida y actividades.

Por último indicar que no se detectó en los pacientes ningún tipo de rechazo ni hacia las consultas de Salud Mental, ni hacia los tratamientos, recogándose como preferentes las consultas de psicología en el caso de tener que volver a las consultas.

En todo caso es necesario indicar que la mayoría de los pacientes manifestó no tener intención de reiniciar las consultas, lo que queremos interpretar como que el paciente dio por terminada su terapia habiendo conseguido algún tipo de mejoría en su estado inicial.



Por último indicar que la investigación puede ser utilizada en el futuro, no solo como punto de partida de nuevas investigaciones, sino también para utilizar las medidas aportadas al final de esta discusión como medios a emplear para disminuir no solo el abandono de las consultas, sino también los costes económicos que conlleva.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

1.- El volumen de abandono de consultas detectado en el presente estudio resultó ser menor que el esperado, teniendo en cuenta las investigaciones revisadas.

2.- De los resultados obtenidos, se deduce que no existe un perfil tipo del paciente que abandona las consultas.

3.- La tasa mayor de abandono recogida en las consultas de psicología corresponde a pacientes que acudieron a estas consultas con demandas centradas en problemas interpersonales, mientras que la tasa mayor de abandono detectada en las consultas de psiquiatría, corresponde a pacientes que presentaban trastornos del estado de ánimo.

4.- El abandono de las consultas no supone un “fracaso terapéutico”, aunque hay que admitir que se producen costes a tener en cuenta principalmente desde un punto de vista económico.

5.- Entre los motivos de abandono recogidos aparecen como más significativos:

- \* Las mejoras logradas
- \* Las expectativas negativas respecto a los resultados
- \* Circunstancias de distinta índole ajenas a la terapia.

6.- Se considera interesante poder diferenciar entre “abandono terapéutico” y “abandono de las consultas”, es decir no todo abandono de las consultas implica que se ha producido abandono terapéutico, ya que se conoce a través de los resultados obtenidos que en numerosas ocasiones el paciente abandona las consultas por considerar que la demanda ha quedado satisfecha.

7.- Si se habla de “abandono terapéutico” se puede admitir la existencia de un fracaso terapéutico, ya que el abandono implica que se han producido fallos en el proceso terapéutico.

Si se está hablando de “abandono de las consultas”, no parece adecuado hablar de fracaso terapéutico, ya que el objetivo terapéutico principal, consistente en lograr la mejoría del paciente se consigue en numerosas ocasiones.

8.- Lo que si que podemos afirmar es que después de haber acudido a consulta, los pacientes admitieron haber logrado mejorar en sus problemas, constituyendo la mejoría uno de los motivos de abandono más significativos.

9.- Se detecta que la ansiedad es el síntoma que aparece más asociado a la demanda terapéutica, y que otros trastornos se diagnostican en base al síntoma, por lo que sería importante discriminar cuando lo que el paciente demanda es aprender a manejar la ansiedad que aparece, o bien, si la demanda se dirige

a movilizar los conflictos que dan origen a que la ansiedad que intranquiliza al paciente aparezca.

10.- Discriminar los pacientes de “alto riesgo”, con objeto de mantenerlos en consulta, evitando que desaparezcan del circuito asistencial, lo que conlleva posibles recaídas y hospitalizaciones innecesarias, por lo que se hace necesario llevar a cabo el seguimiento de pacientes de alto riesgo.

11.- No se detectó rechazo a las consultas de Salud Mental, pero el mayor volumen de pacientes abandonadores expresaron no tener intención de reiniciar las consultas. En cuanto a los pacientes que plantearon la posibilidad de volver a las consultas no se detectaron preferencias significativas respecto al tipo de consulta a reiniciar.

12.- Uno de los mayores problemas encontrados en la revisión de estudios anteriores es el bajo número de pacientes que han podido ser localizados.

Esta circunstancia ha dado lugar a que se haya estudiado el abandono del paciente como un problema global, ya que la no localización ha impedido conocer no sólo las razones por las que el paciente ha dejado de acudir a las consultas previamente solicitadas o programadas, sino también el estado del paciente después de abandonar las consultas. Los resultados de este estudio, coinciden con esta apreciación.

13.- Tener en cuenta los costes que ocasiona el abandono de las consultas, con objeto de poder minimizarlos y rentabilizarlos, teniendo en cuenta que repercuten principalmente en:

- \* Aumento de listas de espera.
- \* Costes profesionales, materializados en tiempos muertos de difícil rentabilidad.
- \* Empobrecimiento de la atención asistencial.
- \* Demandas en otros servicios asistenciales.
- \* Recidivas de los pacientes.
- \* Rehospitalizaciones.

Esta investigación abre diversos campos de investigación, tanto a nivel teórico como práctico:

#### ***A NIVEL TEÓRICO.***

1.- Unificar criterios y establecer parámetros de inclusión del paciente dentro del concepto de abandono que se desee evaluar, diferenciando si se produce abandono de las consultas habiendo conseguido el paciente el objetivo que le llevó a las consultas de Salud Mental, o si por el contrario, se ha producido abandono terapéutico, bien por abandonar las consultas sin conseguir el paciente ninguna mejoría, o bien si el abandono se produce porque el paciente rechaza la terapia.

### **A NIVEL PRÁCTICO.**

1.- Planificar la realización de sesiones informativas previas antes de iniciar la terapia, dirigidas a poner en conocimiento del paciente en qué va a consistir la terapia que se va a implantar en concreto para su problema, dándole un periodo de tiempo intermedio entre esta sesión informativa para que la demanda terapéutica se realice a petición del propio paciente, salvo en aquellos pacientes que puedan ser considerados de “alto riesgo”.

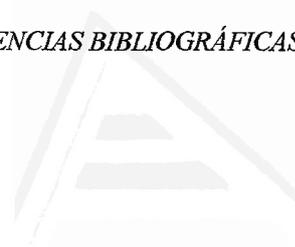
2.- Diseñar protocolos de abordaje terapéutico para los trastornos más frecuentes, en los que se indique no solo los objetivos a conseguir, sino también el número de sesiones y tiempo de permanencia en consulta, con objeto de abordar los problemas a través de terapias breves.

3.- Establecer contratos terapéuticos, en los que se especifique horarios, fechas de consulta y terminación prevista, con objeto de que el paciente decida si desea o no iniciar una terapia, diferenciando sesiones informativas de la terapia como tratamiento.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- <sup>1</sup> Meichembaum, D., Turk, D.C. Facilitating treatment adherence. A Practitioner's Guidebook (1987). Plenum Press. New York.
- <sup>2</sup> McGrogan, D.T. Premature termination from psychotherapy. A continuing problem. D.A.I. 1976. 37: 5-A, 2748.
- <sup>3</sup> Adelman, H.S., Taylor, L. Children's reluctance regarding treatment. Incompetence, resistance, or an appropriate response. School Psychology Review. 1986. 15: 91-99.
- <sup>4</sup> Conrad, P. The meaning of medications: Another look at compliance. Social Science Medicine. 1985. 20: 29-37.
- <sup>5</sup> Deaton, A.V. Adaptive noncompliance in pediatric asthma: The parent as expert. Journal of Pediatric Psychology. 1985. 10: 1-14.
- <sup>6</sup> Gerber, K.E. Nehemkis, A.M. (Eds). Compliance: The dilemma of the chronically ill. 1986. New York. Sprienger.
- <sup>7</sup> Hayes-Bautista, D.E. Modifying the treatment: Patient compliance, patient control and medical care. Social Science and Medicine. 1976. 10: 233-238.
- <sup>8</sup> Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann, M. W.D. Gentry (Eds). Compliance: A self regulation perspective. Handbook of behavioral medicine. 1984. New York: Guilford Press.
- <sup>9</sup> Stimson, G.V. Obeying doctor's orders: A View from the other side. Social Science and Medicine. 1974. 8: 97-104.

- <sup>10</sup> Weintraub, M. A different view of patient compliance in the elderly. In R.E. Vestal. Drug treatment in the elderly. Sydney: Adis Health Science Press. 1984.
- <sup>11</sup> Masek, B.J. Compliance and medicine. In D.M. Doleys, R.L. Meredith and A.R. Ciminero (Eds). Behavioral medicine. Assessment and treatment strategies. 1982. New York. Plenum Press.
- <sup>12</sup> Sackett, D.L., Snow, J.C. The magnitude of compliance and noncompliance. In R.B. Haynes. D.W. Taylor & D.L. Sackett (Eds). Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
- <sup>13</sup> Firestone, P. Factors associated with children's adherence to stimulant medication. American Journal of Orthopsychiatry. 1982. 52: 447-457.
- <sup>14</sup> Dumbar, J.M., Agras, W.S. Compliance with medical instructions. J.M. Ferguson & C.B. Taylor (Eds). Comprehensive handbook of behavioral medicine. 1980. 3. New York. Raven Press.
- <sup>15</sup> Garfield, S.L. Psychotherapy: An eclectic approach. 1980. New York: Wiley.
- <sup>16</sup> Klein, R.H., Carroll, R.A. Patient characteristics and attendance patterns in outpatient group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy. 1986. 36: 115-132.
- <sup>17</sup> Doay, E. Premature termination from treatment in a brief therapy setting. D.A.I. 1980. 40: 7-B- 3387.
- <sup>18</sup> Baekeland, F., Lundwall, L. Dropping out of treatment: A critical review. Psychological Bulletin. 1975. 82:5, 738-783.
- <sup>19</sup> Burstein, A. Treatment noncompliance in patients with post-traumatic stress disorder. Psychosomatics. 1986. 27: 37-41
- <sup>20</sup> Beckham, E. Predicting patient dropout in psychotherapy. Psychoterapy. 1992. 29:2, 177-182.

- <sup>21</sup> Hunt, C., Andrews, G. Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992. 85:4, 275-278.
- <sup>22</sup> Mosher, A., Pearl, M. Therapy termination and persistence patterns of elderly clients in a community mental health center. *Gerontologist*. 1994. 34:2, 180-189.
- <sup>23</sup> Pekarik, G. Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *Journal of clinical psychology*. 1992. 48:3, 379-286.
- <sup>24</sup> Matas, M., Staley, D., Griffin, W. A profile of the noncompliant patient: A thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. Elsevier Science Publishing Co. *General Hospital Psychiatry*. 1992. 14:2, 124-130.
- <sup>25</sup> Luborsky, L., Auerbach, A.H., Chandler, M., Cohen, J. Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*. 1971. 75, 145-185.
- <sup>26</sup> Chameides, W.A., Yamamoto, J. Referral Failures: A One-Year follow-up. County-University of Southern California Medical Center. *Am J. Psychiatry*. 1973. 10: 130, 1157-1158.
- <sup>27</sup> Sassen, G.A. The relationship between the disconfirmation of client preference and expectations to early premature termination. *D.A.I.* 1976. 37: 2-A, 815-816.
- <sup>28</sup> Escriva, A.F.: The effect of dissonance on dropout rate in Mental Health service. *D.A.I.* 1980. 40:7-B, 3390.
- <sup>29</sup> Morrow, G.R., Del Gaudio, A.C., Carpenter, P.J. The dropout and the terminator: A methodological note on definitions. University of Rochester School of Medicine and Dentistry. *Journal of Clinical Psychology*. 1977. 33: 3.
- <sup>30</sup> Carlson, M.S. The effect of similarity of the rapist and client preferences for therapy approach on premature termination and satisfaction with psychotherapy. *D.A.I.* 1981. 41:10, 4335.

- <sup>31</sup> Lawrence, S.N. Factors associated with the premature termination of adults in an inner city outpatient psychiatric clinic. *D.A.I.* 1982. 42:12-B, 4934.
- <sup>32</sup> Pekarik, G. The effects of employing different termination classification criterio in dropout research. *Journal article. Psychoterapy.* 1985. 22:1, 86-91.
- <sup>33</sup> Sanchez, A.E. Orden médico, orden Psi. Un encuentro en el Hospital General. *A.E.N.* 1985. 5: 15, 465-473.
- <sup>34</sup> Duro, J.C. La concepción operativa de Grupo. *Dispositivos grupales en Salud Mental Comunitaria.* A.E.N. 1990.
- <sup>35</sup> Papach-Goodsitt, L.J. Psychotherapy dropouts view their treatment: A follow-up study (Therapy outcome, premature termination, client self-reported outcome consumer satisfaction. *D.A.I.* 1986. 47:1-B, 385.
- <sup>36</sup> Garfield, S.L. Giving up on child psychotherapy: Who drops out? Comment on Weiss and Langmeyer. *Journal of consulting & clinical psychology.* 1989. 57:1, 168-169.
- <sup>37</sup> Navarro-Góngora, J. Resultados negativos en terapia familiar. *A.E.N.* 1991. 11:36, 27-34.
- <sup>38</sup> Presley, J.H. The clinical drop-out: a view from the client's perspective. *Social Casework.* 1987. 603-608.
- <sup>39</sup> Caron, H.S. Compliance: The case for objective measurement. *Journal of Hypertension.* 1985. 3, 11-17.
- <sup>40</sup> Epstein, L.H., Cluss, P.A. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical psychology.* 1982. 50, 960-971.
- <sup>41</sup> Gordis, L. *Methodological issues in the measurement of patient compliance with therapeutic regimens.* D.L. Sachkett & R.B. Haynes (Eds). Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1976.

- <sup>42</sup> Kals, S.V. Issues in patient adherence to health care regimens. *Journal of Human Stress*. 1975. 5-18.
- <sup>43</sup> Baar, P.M. The effects of certain variables upon affiliation in psychotherapy. *D.A.I.* 1977. 38:4-B.
- <sup>44</sup> Good, M.Y. Factors affecting patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*. 1992. 149:2, 275-276.
- <sup>45</sup> Jurich, J.A. Variables related to dropping-out of therapy. *D.A.I.* 1979. 39:10-B.
- <sup>46</sup> Nielsen, R.C. A study of premature termination of outpatient psychotherapy in the community mental health center. *D.A.I.* 1973. 34:5-B, 2314.
- <sup>47</sup> Beitman, K.E., Relationships of field-dependence and selected personality characteristics to successes and dropouts in a short-term psychotherapeutic intervention. *Psychology clinical*. 1977. 10.
- <sup>48</sup> De Loach, S.S. Level of ego development degree of psychopathology and continuation or termination of outpatient psychotherapy involvement. *D.A.I.* 1977. 37:10-B.
- <sup>49</sup> Hasak, M. Personality styles and their relationship to dropping out therapy at an early stage. *D.A.I.* 1979. 40:2-B, 893-894.
- <sup>50</sup> Frederick, K.H. A regression model for prediction of attendance at counseling. *D.A.I.* 1980. 41:4.
- <sup>51</sup> Vail, A.F. Dropout from psychotherapy as related to patient-therapist discrepancies, therapist characteristics, and interaction in race and sex. *D.A.I.* 1974. 35:5-B. 2452.
- <sup>52</sup> Kelner, F.A. A study of the interaction of client and therapist needs as related to premature termination of therapy. 1979. 39:11-B, 5561.
- <sup>53</sup> McNair, D.M., Lorr., Callahn, D. Patient and therapist influence on quitting psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*. 1963. 27:1, 10-17.

- <sup>54</sup> Garfield, S.L. Further Comments on “dropping out of treatment”: Reply to Baekeland and Lundwall. *Psychological Bulletin*. 1977. 84:2, 309-322.
- <sup>55</sup> Weiss, J., Schaie, K.W. Factors in patient failure to return to clinic. *Diseases of the Nervous System*. 1958. 19, 429-430.
- <sup>56</sup> Garfield, S.L. A note on the confounding of personality and social class characteristics in research on premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1977. 45:3, 483-485.
- <sup>57</sup> Stern, S.L., Moore, S.F., Gross, S.J. Confounding of personality and social class characteristics in research on premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975. 43, 341-344.
- <sup>58</sup> Gibby, R.G., Stotsky, B.A., Hiler, E.W., Miller, D.R. Validation of Rorschach criteria for predicting duration of therapy. *Journal of Consulting Psychology*. 1954. 18, 185-191.
- <sup>59</sup> Rubinstein, E.A., Lorr, M.A. A comparison of terminators and remainers in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 1956. 12, 345-349.
- <sup>60</sup> Lorr, M., Katz, M.M., Rubinstein, E.A. The prediction of length of stay in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*. 1968. 22, 321-327.
- <sup>61</sup> Stern, S.L., Moore, S.F., Gross, S.J. A reply to Garfield. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1977. 45:3, 486-488.
- <sup>62</sup> Haygood, J.M. A multivariate approach to treatment failures in individual psychotherapy. *D.A.I.* 1981. 42:6, 25-29.
- <sup>63</sup> Pekarik, G. Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of clinical Psychology*. 1983. 39:6, 909-913.
- <sup>64</sup> Viale-Val, G., Rosenthal, R.H., Curtiss, G., Marohn, R.C. Dropout from adolescent psychotherapy: A preliminary study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1984. 23:5, 562-568.

- <sup>65</sup> Suzuki, R. Adolescent's Dropout from individual psychotherapy it is true. *Journal of adolescence*. 1989. 12:2, 197-205.
- <sup>66</sup> Greenspan, M., Kulish, N.M. Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy*. 1985. 22:1, 75-82.
- <sup>67</sup> Rabin, A.S., Kaslow, N.J., Rehm, L.P. Factors influencing continuation in a behavioral therapy. *Behaviour Research & Therapy*. 1985. 23:6, 695-698.
- <sup>68</sup> Scogin, F., Belon, H., Malone, M. Mental health services in a rural clinic: A retrospective study of length of stay and premature termination in psychotherapy. *Journal of rural community Psychology*. 1986. 7:1, 35-44.
- <sup>69</sup> Solovei, M. The psychotherapeutic intake interview: A study of variables related to dropout. *D.A.I.* 1987. 48:11-B, 3426.
- <sup>70</sup> Toia, N. A study of client, therapist, and clinic variables associated with treatment rejection and dropout in outpatient psychotherapy. *D.A.I.* 1989. 50:11-A, 3537.
- <sup>71</sup> Pekarik, F., Stephenson, L.A. Adult and child client differences in therapy dropout research. *Journal of Clinical child Psychology*. 1988. 17:4, 316-321.
- <sup>72</sup> Pekarik, G. Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*. 1992. 48:1, 91-98.
- <sup>73</sup> Freire Arteta, B. Interrupción prematura de tratamiento como evaluación de los programas terapéuticos en Salud Mental. *Comunidad de Madrid. Psiquis*. 1989. 10, 55-58.
- <sup>74</sup> Freire Arteta, B. Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. *A.E.N.* 1990. 10:33, 221-227.
- <sup>75</sup> Freire Arteta, B. Interrupción prematura de tratamiento en psiquiatría, Una revisión bibliográfica. *A.E.N.* 1986. 6:16, 22-42.

- <sup>76</sup> Rogers L. Drop-out rates and results of psychotherapy in government aided mental hygiene clinics. *Journal of Clinical Psychology*. 1960. 16, 89-92.
- <sup>77</sup> Siassi, I., Messer, S.B. Psychotherapy with patients from lower socioeconomic groups. *American Journal of Psychotherapy*. 1976. 30. 2940.
- <sup>78</sup> Kahn, M.W., Heiman, E. Factors associated with length of treatment in a barrio-neighborhood mental health service. *International Journal of Social Psychiatry*. 1978. 24:4, 259-262.
- <sup>79</sup> Adams, J.B. Contingency contracting: Effects on psychotherapy attendance and termination at two community mental health centers. *D.A.I.* 1981. 42:3, 1157.
- <sup>80</sup> Heisler, G.H., Beck, N.C., Fraps, C., McReynolds, W.T. Therapist ratings as predictors of therapy attendance. *Journal of Clinical Psychology*. 1982. 38:4.
- <sup>81</sup> Kline, J., King, M. Treatment dropouts from a community mental health center. *Community mental health Journal*. 1973. 9:4.
- <sup>82</sup> Weber, J., Moss, L.M., Brand, L., Elison, J. Predictions of outcome in psychoanalysis and analytic psychotherapy *Psychiatric Quarterly*. 1974. 48. 117-149.
- <sup>83</sup> Stern, S.L. Premature termination of psychotherapy. A classification of some ambiguities. *D.A.I.* 1972. 32:7, 4229.
- <sup>84</sup> Heisler, G.H., Beck, N.C., Fraps, C., McReynolds, W.T. Therapist ratings as predictors of therapy attendance. *Journal of Clinical Psychology*. 1982. 38:4.
- <sup>85</sup> Hasak, M., Kane, J. Personality styles and their relationship to dropping out therapy at an early stage. *D.A.I.* 1979. 40:2, 893-894.

- <sup>86</sup> Borghi, J.H. Premature termination of psychotherapy and patient therapist expectations. *American Journal of Psychotherapy*. 1968. 22:3. 460-473.
- <sup>87</sup> Mendelsohn G.A., Geller, M.H. Similarity, missed sessions, and early termination. *Journal of Counseling Psychology*. 1967. 14:3, 210-215.
- <sup>88</sup> Sledge, W.H., Moras, K., Hartley, D., Levine, M. Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*. 1990. 147:10, 1341-1347.
- <sup>89</sup> Griffiths, R.A. Characteristics of dropouts and completers from hypnobiobehavioral treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1990. 9:2, 217-219.
- <sup>90</sup> Richmond, R. Psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *D.A.I.* 1991. 52:6, 2081.
- <sup>91</sup> Richmond, R. Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *Professional Psychology: Research & Practice*. 1992. 23:2, 123-130.
- <sup>92</sup> Krulee, D.A., Hales, R.E. Compliance with psychiatric referrals from a general hospital psychiatry outpatient clinic. *Gen Hospital Psychiatry*. 1988. 10, 339-345.
- <sup>93</sup> Pollak, J., Mordecai, E., Gumpert, P. Discontinuation from long-term individual psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 1992. 2:3, 224-234.
- <sup>94</sup> Wingerson, D., Sullivan, M., Dager, S., Flick, S. Personality traits and early discontinuation from clinical trials in anxious patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1993. 13:3, 194-197.
- <sup>95</sup> Morton, A. The enigma of non-attendance: A study of clients who do not turn up for their first appointment. *Therapeutic-Communities-International-Journal-for Therapeutic-and-Supportive-Organizations*. 1995. 16:2, 117-133.

- <sup>96</sup> Blouin, J., Schnarre, K., Carter, J., Blouin, A. Factors affecting dropout rate from cognitive behavioral group treatment for bulimia nervosa. Topical Section: Treatment and therapeutic processes. *International Journal of Eating Disorders*. 1995. 17:4, 323-329.
- <sup>97</sup> Rosie, J.S., Azim, H.F., Piper, W.E., Joyce, A.S. Effective psychiatric day treatment: Historical Lessons. *Psychiatric Services*. 1995. 46:10, 1019-1026.
- <sup>98</sup> Cohen, K., Edstrom, K., Smith, P.L. Identifying early dropouts from a rehabilitation program for psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*. 1995. 46:10, 1076-1078.
- <sup>99</sup> Smith, T.E., Koenigsberg, H.W., Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy practice and research*. 1995. 4:3, 205-213.
- <sup>100</sup> Fenichel, M.A. Patient-Therapist fit: The relationship between congruence of initial treatment expectations and the outcome of psychotherapy. *D.A.I.* 1986. 47:4, 1720.
- <sup>101</sup> Wilder, J.F., Plutchnik, R., Conte, H.R. Compliance with psychiatric emergency room referrals. *Arch Gen Psychiatry*. 1977. 34, 930-933.
- <sup>102</sup> Trugerman, A.D. Prediction of early dropout from psychotherapy at a clinic using a verbal content analysis of the patient's ability to form a psychotherapeutic relationship. *D.A.I.* 1986. 48:3, 892.
- <sup>103</sup> Diamond, D.B. Psychologic conflict inderling biothical dilemmas in a choronic diserse hospital. Empathy, treatment refusal and the role of the consulting psychiatric. *Gen Hospital Psychiatry*. 1988. 10:4, 250.
- <sup>104</sup> Frayn, D.H. Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*. 1992. 46:2, 250-261.
- <sup>105</sup> Chung, W.S., Pardeck, J.T., Murphy, J.W. Factors associated with premature termination of psychotherapy by children. *Adolescence*. 1995. 30:119, 717-721.

- <sup>106</sup> Clemmens, E.R. Comentary on the papers of Doctors Elkind and Abarbanel. *American Journal of Psychoanalysis*. 1995. 55:4, 365-367.
- <sup>107</sup> Abarbanel, A. Consultation when the patient terminates an impaired treatment. División 39 American Psychological Association Annual Spring Meeting. *American Journal of Psychoanalysis*. 1995. 55:4, 347-363.
- <sup>108</sup> Elkind, S.N. Commentary on the papers of Doctors Elkind and Abarbanel: Commentary reply. *American Journal of Psychoanalysis*. 1996. 56:1, 111-113.
- <sup>109</sup> Abarbanel, A. Commentary on the papers of Doctors Elkind and Abarbanel: Comentary reply. *American Journal of Psychoanalysis*. 1996. 56:1, 113-115.
- <sup>110</sup> McGonagie, I.M., Gentle, J. Reasons for non-attendance at a day hospital for people whith enduring mental illness: the client's perspective. *D.A.I.* 1996. 3:1, 61-66.
- <sup>111</sup> Singer, T. Patient expectations and continuation in psychotherapy. *D.A.I.* 1969.
- <sup>112</sup> Glassman, M. Why patients discontinue before the outset of therapy: The role of expectations. *D.A.I.* 1975. 36:3, 1432.
- <sup>113</sup> Rapoport, E. Lower class patient attitudes and expectations related to dropout from psychotherapy. *D.A.I.* 1976. 36:12, 6397.
- <sup>114</sup> Shipes, W.E. Effects of intake procedures on continuance and expectations of psychiatric outpatients. *D.A.I.* 1980. 40:8, 4502.
- <sup>115</sup> Hoffman S. An investigation of patient and therapist role expectations and preferences related to premature termination in short term psychotherapy. *D.A.I.* 1982. 43:1.
- <sup>116</sup> Duckro, P., Beal, D., George, C. Research on the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: A critical review. *Psychological Bulletin*. 1979. 86:2, 260-275.

- <sup>117</sup> Murphy, R.S., Wig, N.N., Ghosh, A. Drop-outs from a Psychiatric Walk-in Clinic. *Indian Journal Psychiatry*. 1977. 19, 11-17.
- <sup>118</sup> Ray, R., Beig, M.A., Gopinath, P.S. Walk-in clinic drop-outs. *Journal National Institute of Mental Health and Neuro Sciences*. Bangalore. India. 1980. 179-184.
- <sup>119</sup> Horestein, D., Houston, B.K. The expectation reality discrepancy and premature termination from psychotherapy. *Journal of Clinical psychology*. 1976. 32.
- <sup>120</sup> Girard, D.P. A study of preintake dropout at south shore mental health center/coastal Community counseling Center. *D.A.I.* 1979. 40.
- <sup>121</sup> Reiser, R. Passive-dependent client expectations and premature termination in psychotherapy. *D.A.I.* 1985. 45:11, 3629.
- <sup>122</sup> Pekarik, G. Coping wuith dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1985. 16:1, 114-123.
- <sup>123</sup> Keithly, L.J. Patient motivation: Its relation to improvement in psychotherapy, premature termination and therapist attitudes and behaviors. *D.A.I.* 1985. 45:12, 3946.
- <sup>124</sup> Rawling, W.J. Relationship between congruence of client and therapist: Expectations and preferences and continuation in psychotherapy (treatment, dropout). *D.A.I.* 1986. 47:6, 2028.
- <sup>125</sup> Garfield, S., Wolpin, M. Expectation regarding psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1963. 137. 353-363.
- <sup>126</sup> Bent, R.J., Putnam, D.G., Kesler, D.J., Nowick, S.Jr. Expentacies and characteristics of outpatient clients applying for services at a Community Mental Health Facility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975. 43:2, 280.
- <sup>127</sup> Clinton, D.N. Why do eating disorder patients drop out. *D.A.I.* 1996. 65:1, 29-35.

- <sup>128</sup> Nathan, R. Psychiatric consultation: resistance to continuing therapy *Psychosomatics*. 1978. 19: 6, 343-347.
- <sup>129</sup> Spencer, R.F. Medical patients: Consultation and psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1964. 10. 270-275.
- <sup>130</sup> Garfield, S.L. Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield and A.E. Bergin (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley. 1978.
- <sup>131</sup> Acosta, F.X. Self-described reasons for premature termination of psychotherapy by Mexican American, Black American, and Anglo-American patients. *Psychological Reports*. 1980. 47, 435-443.
- <sup>132</sup> Garfield, S.L. A note on patient's reasons for terminating therapy. *Psychological Reports*. 1963. 13, 38.
- <sup>133</sup> Cross, D.G., Warren, C.E. Environmental factors associated with continuers and terminators in adult out-patient psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*. 1984. 57:4, 363-369.
- <sup>134</sup> Fraps, C.L., McReynolds, W.T., Beck, N. C., Heisler, G. H. Predicting client attrition from psychotherapy through behavioral assessment procedures and a critical response approach. *Journal of clinical Psychology*. 1982. 38:4, 759-764.
- <sup>135</sup> Ciminero, A.R., Calhoun, K.S., Adams, H.E. *Handbook of behavioral assessment* (Eds). New York: John Wiley. 1977.
- <sup>136</sup> Gabino, A., Godoy, A. Motivos de abandono en Terapia de Conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1993. 19:66, 511-536.
- <sup>137</sup> Ben, N.L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *D.A.I.* 1996. 33:3, 167-174.
- <sup>138</sup> Moore, M.C. Early psychotherapy dropout characteristics at time of intake and follow-up. *D.A.I.* 1984. 45:05-B, 1591.

- <sup>139</sup> Moras, K.K. Early termination and the outcome of psychotherapy: Paatient's perspectives (therapy dropout, client satisfaction failure follow-up, CMHC dropout). *D.A.I.* 1985. 46:08-B, 2817.
- <sup>140</sup> Orme, D.R., Boswell, D. The pre-intake drop-out at a community mental health center. *Community Mental Health Journal.* 1991. 27:5, 375-379.
- <sup>141</sup> Freund, R.D., Russell, T., Dchwitzter, S. Influence of length of delay between intake session and initial counseling session on client perceptions of counselors and counseling outcomes. *Journal of Counseling Psychology.* 1991. 38:1, 3-8.
- <sup>142</sup> Chiesa, M. A comparative study of psychotherapy referrals. *British Journal of Medical Psychology.* 1992. 65:1, 5-8.
- <sup>143</sup> Jones, B. Anxiety depression and the post-intake pre-therapy drop-out. *D.A.I.* 1975. 35:2, 6097.
- <sup>144</sup> Smith, K.J., Subich, L.M., Kalodner, C. The trastheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology.* 1995. 42:1, 34-39.
- <sup>145</sup> Morlino, M., Martucci, G., Musella, V., Bolzan, M. Patient dropping out treatment in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1995. 92:1, 1-6.
- <sup>146</sup> Mohl, P.C., Martinez, D., Ticknor C., Huang M. Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1991. 179:8, 478-481.
- <sup>147</sup> Kazdin A.E. Premature termination from treatment among children refered for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 1990.31:3, 415-425.
- <sup>148</sup> Todd, R.L. Effects of intake procedures on early dropout from psychotherapy. *D.A.I.* 1980. 42:3-B, 1196.
- <sup>149</sup> Barnett, M.H. The effects of certain variables upon affiliation in psychotherapy. *D.A.I.* 1977. 38:4-B.

- <sup>150</sup> Monty, N. Use of initial interview variables to predict length of stay in treatment. *D.A.I.* 1978. 37:7-A. 4402.
- <sup>151</sup> Wilson, D.O. The effects of systematic client preparation, severity and treatment setting on dropout rate in short-term psychotherapy. *Journal of social & Clinical psychology.* 1985. 3:1, 62-70.
- <sup>152</sup> Barnett, M.H. The effect of client preparation upon involvement and continuation in psychotherapy. *D.A.I.* 1981. 42:5-B, 2040.
- <sup>153</sup> Tess, S.R. The impact of specialized intake procedures upon client's attendance and dropout rates in psychotherapy. *D.A.I.* 1982. 43:5-B, 1631.
- <sup>154</sup> Wilson, D.O. The effectiveness of systematic client preparation for psychotherapy on dropout rate. *D.A.I.* 1984. 45:9-B, 3090.
- <sup>155</sup> Devins, N.P. Preparation of patients for individual psychotherapy: Effects on attendance and dropout rates. *D.A.I.* 1986. 47:2-B, 782.
- <sup>156</sup> Miller, E.P. Reducing dropouts and improving attendance in individual therapy through pretherapy preparation and reminder letters. *D.A.I.* 1988. 48:8-B, 2462.
- <sup>157</sup> Regnier, E. Pretraining for psychotherapy: A means of reducing client dissatisfaction and early dropout. *D.A.I.* 1987. 48:1-B, 274.
- <sup>158</sup> Sherman, R.T., Anderson, C.A. Decreasing premature termination from psychotherapy. *Journal of Social & Clinical Psychology.* 1987. 5:3, 298-312.
- <sup>159</sup> Hoffman, J.J. Client factors related to premature termination of psychotherapy. *Journal article. Psychotherapy.* 1985. 22:1, 83-85.
- <sup>160</sup> Raskin, R., Novacek, J., Bahlinger, D., Firth, L. A model for evaluating intensive outpatient behavioral health care programs. *D.A.I.* 1996. 47:11, 1227-1232

- <sup>161</sup> Stickney, S.K., Hall, R.C.W., Gardner, E.R. The effect of referral procedures on aftercare compliance. *Hospital Community Psychiatry*. 1980. 31, 567-568.
- <sup>162</sup> Boring D.L., Anish, S.S., Taub, H.A., Kline, G.E. The effects of a referral coordinator on compliance with psychiatric discharge plans. *Hospital Community Psychiatry*. 1984. 35, 702-706.
- <sup>163</sup> Rock, D.L. Appointments for intake interviews: an analysis of appointment-Keeping behavior at an urban community mental health center. *Psychol Rep*. 1982. 50, 863-868.
- <sup>164</sup> Craig, T.J., Huffine, C., Brooks, M. Completion of referral to psychiatric services by inner city residents. *Arch Gen Psychiatry*. 1974. 31, 353-357.
- <sup>165</sup> Hochstadt, N.J., Trybula, J. Reducing missed initial appointments in a community mental health center. *Journal Community Psychol*. 1980. 8, 261-265.
- <sup>166</sup> Burgoyne, R.W., Acosta, F.X., Yamamoto, J. Telephone prompting to increase attendance at a psychiatric outpatient clinic. *Journal Psychiatry*. 1983. 140, 345-347.
- <sup>167</sup> Chen, A. Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hospital Community Psychiatry*. 1991. 42, 282-287.
- <sup>168</sup> Jellinek, M. Referrals from a psychiatric emergency room: relationship of compliance to demographic and interview variables. *Journal Psychiatry*. 1978. 135, 209-219.
- <sup>169</sup> Blouin, A., Perez, E., Minoletti, A. Compliance to referrals from the psychiatric emergency room. *Journal Psychiatry*. 1985. 30, 103-106.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **ANEXO I**

## **AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS**

Se ha procedido a agrupar los diagnósticos en grupos con objeto de operativizar los resultados obtenidos.

Teniendo en cuenta que las clasificaciones diagnósticas se han elaborado teniendo como base a los manuales DSM-III-R y CIE-10, como clasificaciones diagnósticas en vigor en el momento de la recogida de datos, se pasan a exponer los grupos diagnósticos con los que se ha trabajado y elaborado el presente estudio de investigación.

## **DIAGNÓSTICOS INFANTILES**

Dentro de las *PSICOSIS INFANTILES* se han agrupado:

- \* Trastornos generalizados del desarrollo

Dentro de los *TRASTORNOS DE ANSIEDAD* se han agrupado:

- \* Trastornos de Ansiedad
- \* Trastornos de Evitación
- \* Trastornos por tics
- \* Trastornos Adaptativos

Dentro de los *TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES* se han agrupado:

- \* Depresiones infantiles

Dentro de los *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA* se han agrupado:

- \* Hiperactividad
- \* Trast. de la conducta de tipo agresivo
- \* Trastorno explosivo intermitente



Dentro de los *TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN* se han agrupado:

- \* Enuresis
- \* Encopresis

*TRASTORNOS ALIMENTICIOS*

*TRASTORNOS SOMATOFORMES*



## **AGRUPACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ADULTOS**

Dentro de los *TRASTORNOS PSICÓTICOS* se han agrupado:

- \* Esquizofrenias
- \* Ideas Delirantes
- \* Trastornos Psicóticos Agudos
- \* Psicosis maníaco depresiva

Dentro de los *TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y REACCIONES A SITUACIONES DE ESTRÉS* se han agrupado:

- \* Ansiedad
- \* Reacciones a estrés
- \* Obsesiones y Compulsiones
- \* Trastornos del sueño
- \* Trastorno de tipo explosivo intermitente

Dentro de los *TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO* se han agrupado:

- \* Depresiones

Dentro de los *TRASTORNOS SOMATOFORMES - HIPOCONDRIAS - ESTEROTIPIAS Y HÁBITOS MOTORES* se han agrupado:

- \* Trastornos Somatoformes
- \* Hipocondrias
- \* Trastornos facticios
- \* Esterotipias y Hábitos motores

Dentro de los *TRASTORNOS DE PERSONALIDAD* se han agrupado:

- \* Tipo paranoide
- \* Tipo antisocial, límite, histriónico y narcisista
- \* De evitación
- \* Tipo dependiente
- \* Tipo obsesivo-compulsivo.
- \* Tipo agresivo



Dentro de los *PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN* se han agrupado:

- \* Trastornos relacionados con el ámbito social
- \* Problemas de relación familiar

Dentro de los *TRASTORNOS ALIMENTICIOS* se han agrupado:

- \* Anorexia, Bulimia
- \* Hiperfagia, vómitos

Dentro de los *PROBLEMAS DE LA ELIMINACIÓN* se han agrupado:

- \* Enuresis
- \* Encopresis



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ***ANEXO II***



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## **INSTRUMENTO DE MEDIDA**

A continuación se reseñan los niveles de los ítem correspondientes a la **Hoja de recogida de datos definitiva** empleada como Instrumento de Medida.

### **1º ÍTEM.- “SEXO”**

- \* Hombre
- \* Mujer

### **2º ÍTEM.- “EDAD”**

- \* Niño
- \* Adolescente
- \* Adulto

### **3º ÍTEM.- “FORMA DE LOCALIZACIÓN”**

- \* Teléfono
- \* Correo
- \* Ilocalizable

### **4º ÍTEM.- “NIVEL CULTURAL”**

- \* Sin Estudios
- \* Primarios
- \* Medios; Bachiller Y Formacion
- \* Profesional
- \* Universitario

### **5º ÍTEM.- “ESTADO CIVIL”**

- \* Soltero
- \* Casado
- \* Viudo
- \* Separado-Divorciado



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

6º ÍTEM.- “FORMA DE RESIDIR”

- \* Solo
- \* Pareja
- \* Con los padres
- \* Con los hijos

7º ÍTEM.- “SITUACIÓN LABORAL”

- \* Fijo
- \* Eventual
- \* Ama de casa
- \* Estudiante
- \* Jubilacion-Invalidez
- \* Paro

8º ÍTEM.- “DIAGNOSTICO ADULTO”

- \* Trastornos Psicoticos

Se ha agrupado en esta codificación:

- *Esquizofrenias*
- *Ideas Delirantes*
- *Trastornos Psicóticos Agudos*
- *Psicosis Maniaco-Depresiva*

- \* Trastornos de Ansiedad

Se ha agrupado en esta codificación:

- *Fobias*
- *Trastornos obsesivo-compulsivos.*
- *Trastornos por estres y adaptación.*
- *Trastornos del sueño*

- \* Trastornos del estado de animo

Se ha agrupado en esta codificación:

- *Trastornos somatoformes*
- *Hipocondrias*
- *Trastornos Facticios*
- *Esterotipias y Hábitos motores*



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

- \* Trastornos de Personalidad
- \* Trastornos Adaptativos con Alteraciones Emocionales
- \* Trastornos relacionados con el Ámbito Social y la Relación Familiar.
- \* Trastornos Alimenticios

Se ha agrupado en esta codificación:

- *Anorexia.*
- *Bulimia.*
- *Hiperfagia.*
- *Vómitos.*

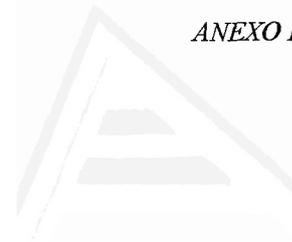
9º ÍTEM.- “CODIFICACIONES UTILIZADAS EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNOSTICAS INFANTILES”.

- \* Psicosis Infantiles  
Se incluyen los Trastornos Generalizados del Desarrollo.
- \* Trastornos por ansiedad en la infancia o la adolescencia.

Agrupar:

- *Trastornos de evitacion.*
- *Esterotipias y hábitos motores.*
- *Trastornos por Tics.*
- *Trastornos del sueño.*
- *Trastornos adaptativos.*
- *Trastornos del control de impulsos.*

- \* Trastornos Afectivos
- \* Trastornos Somatoformes



\* Trastornos de la Conducta

Agrupar:

- *Trastornos disociales*
- *Trastornos hipercinéticos*

\* Trastornos de la conducta alimentaria

\* Trastornos del control de esfínteres

10º ÍTEM.- “TIPO DE TRATAMIENTO”

- \* Psicológico
- \* Farmacológico

11º ÍTEM.- “TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO”

- \* Conductual-Cognitivo
- \* Dinámico
- \* Familiar
- \* Grupo

12º ÍTEM.- “TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO”

- \* Antidepresivos
- \* Ansiolíticos-Hipnóticos
- \* Antipsicóticos
- \* Antidepresivos + Ansiolíticos

13º ÍTEM.- “FORMA DE ACCESO AL EQUIPO DE SALUD MENTAL”

- \* Iniciativa Propia
- \* Familia
- \* Otro Profesional

14º ÍTEM.- “ORIGEN O CAUSA DEL PROBLEMA”

- \* Forma de Ser
- \* Problemas Familiares
- \* Problemas Laborales-Económicos



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

**15º ÍTEM.- “NUMERO DE CONSULTAS A LAS QUE ACUDE”**

- \* No Acude
- \* 1 Vez
- \* 2-3 Veces
- \* 4-8 Veces
- \* Mas de 8 Veces

**16º ÍTEM.- “TIEMPO DE TRATAMIENTO EN MESES”**

- \* Hasta 1 Mes
- \* 2-3 Meses
- \* 3-6 Meses
- \* 6-12 Meses
- \* 1-2 Años
- \* 2-3 Años
- \* Mas de 3 Años

**17º ÍTEM.- “QUE MOTIVOS CONSIDERA EL PACIENTE QUE HACEN QUE DEJE DE ACUDIR A LA CONSULTA”**

- \* Mejoría
- \* Imposibilidad Física
- \* Incompatibilidad Horaria
- \* Resolución por si mismo
- \* Falta de interes-expectativas
- \* Problemas del servicio
- \* Intereses distintos

**18º ÍTEM.- “COMO SE ENCUENTRA EL PACIENTE DESPUÉS DE HABER TOMADO LA DECISIÓN DE ABANDONAR LAS CONSULTAS”**

- \* Mejor
- \* Igual
- \* Peor



19º ÍTEM.- “DURANTE EL TIEMPO QUE ACUDIÓ A CONSULTA, QUE GRADO DE MEJORÍA PERCIBIÓ”

- \* Algo
- \* Mucho
- \* Nada

20º ÍTEM.- “TIENE INTENCIÓN DE REINICIAR LA CONSULTA”

- \* Si
- \* No

21º ÍTEM.- “TOMA ACTUALMENTE ALGÚN FÁRMACO”

- \* Si
- \* No

22ª ÍTEM.- “ABANDONO LA CONSULTA POR CONSIDERAR QUE SU PROBLEMÁTICA HABÍA DESAPARECIDO”

- \* Si
- \* No

23º ÍTEM.- “A RAÍZ DE LA TERAPIA (TRATAMIENTO), HA CAMBIADO LA FORMA DE VER SU PROBLEMA”

- \* Si
- \* No

24º ÍTEM.- “CUANDO DEJO LA TERAPIA EN ESTE CENTRO, RECURRIÓ A OTROS DISPOSITIVOS ”.

- \* Si
- \* No
- \* Públicos
- \* Atención Primaria
- \* Privados



25º ÍTEM.- “SI VUELVE A TENER PROBLEMAS ACUDIRÍA DE NUEVO A SALUD MENTAL”

- \* Si
- \* No
- \* No Sabe
- \* Psicología
- \* Psiquiatria

26º ÍTEM.- “SIGUE EXISTIENDO EL PROBLEMA”

- \* Si
- \* No

27º ÍTEM.- “CASO DE SEGUIR EXISTIENDO EL PROBLEMA, LO ASUME Y ESTA DISPUESTO A VIVIR CON EL”

- \* Si
- \* No

28º ÍTEM.- “LOS PROBLEMAS QUE LE TRAJERON A CONSULTA HAN ESTADO SIEMPRE PRESENTES EN SU VIDA O SURGIERON POR MOTIVOS CONCRETOS”

- \* Siempre
- \* Motivos Concretos

29º ÍTEM.- “TIPO DE MOTIVOS CONCRETOS”

- \* Forma de Ser
- \* Problemas Familiares
- \* Laborales-Economicos



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## ***ANEXO III***

**MODELO DE CARTA INFORMATIVA QUE ACOMPAÑA A LA  
HOJA DE RECOGIDA DE DATOS ENVIADA POR CORREO**

Muy Sr./a. mío/a:

En el Equipo de Salud Mental del Área 15 (Benidorm), se está realizando un estudio sobre la interrupción y/o el abandono de las consultas, con objeto de mejorar nuestro Servicio.

Nos consta que usted solicitó cita con el Equipo de Salud Mental (psicología o psiquiatría), pero que o bien no inició el tratamiento, o bien lo interrumpió en un momento dado, y estaríamos interesados en conocer los motivos por los que usted no pudo acudir, con objeto de tratar de mejorar nuestra atención.

Con este fin le agradeceríamos nos contestara a nuestro escrito.

Para su comodidad le remitimos un cuestionario, que de forma totalmente voluntaria puede cumplimentar, si desea cooperar con nosotros.

Le enviamos también un sobre con nuestra dirección y debidamente franqueado, en el que por correo puede devolvernos el cuestionario una vez contestado.

Agradeciéndole de antemano su cooperación y ayuda, encaminada a conseguir un mejor funcionamiento de nuestro Servicio Asistencial.

Atentamente,

*Fdo: Inés Castañeda Sanz*



## **INSTRUMENTO DE MEDIDA**

### **MODELO ENVIADO POR CORREO**

Señale con una (X), la contestación que usted elija como más acertada o correcta:

**NOMBRE:** Este dato constaba cumplimentado por el Equipo.

**EDAD:** ..... **FECHA DE NACIMIENTO:**.....

#### **1º.- INDIQUE SU NIVEL CULTURAL:**

- \* Sin Estudios ( )
- \* Primarios ( )
- \* Medios; Bachiller y/o Formación Profesional ( )
- \* Universitario ( )

#### **2º.- INDIQUE SU ESTADO CIVIL:**

- \* Soltero ( )
- \* Casado ( )
- \* Viudo ( )
- \* Separado-Divorciado ( )

#### **3º.- INDIQUE SU FORMA DE RESIDIR:**

- \* Solo ( )
- \* Pareja ( )
- \* Con los padres ( )
- \* Con los hijos ( )

#### **4º.- INDIQUE SU SITUACIÓN LABORAL:**

- \* Fijo ( )
- \* Eventual ( )
- \* Ama de casa ( )
- \* Estudiante ( )
- \* Jubilacion-Invalidez ( )
- \* Paro ( )



5º.- *INDIQUE EL TIPO DE TRATAMIENTO AL QUE ACUDIÓ:*

- \* Psicológico ( )
- \* Farmacológico ( )

6º.- *ESCRIBA A CONTINUACIÓN LOS FÁRMACOS QUE LE PRESCRIBIÓ EL MÉDICO: (aunque no los esté tomando)*

.....  
.....

7º.- *INDIQUE LA FORMA POR LA QUE ACCEDIÓ AL EQUIPO DE SALUD MENTAL:*

- \* Por iniciativa Propia ( )
- \* Por indicación de la familia ( )
- \* Por indicación de algún Profesional ( )

8º.- *INDIQUE EL ORIGEN O CAUSA DE SU PROBLEMA:*

- \* Forma de Ser ( )
- \* Problemas Familiares ( )
- \* Problemas Laborales-Economicos ( )

9º.- *INDIQUE LA FECHA EN QUE ACUDIÓ POR PRIMERA VEZ A NUESTRO SERVICIO: .....*

10º.- *INDIQUE LA FECHA EN QUE ACUDIÓ POR ÚLTIMA VEZ A CONSULTA DE SALUD MENTAL .....*

11º.- *INDIQUE EL NUMERO DE CONSULTAS A LAS QUE ACUDIÓ EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL:*

- \* Ninguna ( )
- \* 1 Vez ( )
- \* 2-3 Veces ( )
- \* 4-8 Veces ( )
- \* Mas de 8 Veces ( )



12º.- *INDIQUE LOS MOTIVOS QUE HICIERON QUE DEJARA DE ACUDIR A CONSULTA:*

.....  
.....  
.....

13º.- *¿COMO SE ENCUENTRA USTED, DESPUÉS DE HABER TOMADO LA DECISIÓN DE NO VOLVER A CONSULTA?: (indique lo que crea)* .....

.....  
.....

14º.-*¿TIENE INTENCIÓN DE REINICIAR LA CONSULTA?:*

- \* Si ( )
- \* No ( )

15º.-*¿TOMA USTED ACTUALMENTE ALGÚN FÁRMACO?:*

- \* Si ( )
- \* No ( )

16º.- *ENUMERE LOS FÁRMACOS QUE CONSUME ACTUALMENTE:*

.....  
.....  
.....

17º.- *DURANTE EL TIEMPO QUE ESTUVO ACUDIENDO A CONSULTA, ¿NOTÓ ALGUNA MEJORIA?:*

- \* Algo ( )
- \* Mucho ( )
- \* Nada ( )

18º.- *¿DEJO DE ASISTIR A CONSULTA PORQUE CONSIDERÓ QUE SU PROBLEMA YA HABIA DESAPARECIDO?:*

- \* Si ( )
- \* No ( )

19º.- A RAÍZ DEL TRATAMIENTO, ¿CONSIDERA USTED QUE HA CAMBIADO LA FORMA DE VER SU PROBLEMA?:

- \* Si ( )
- \* No ( )

20º.- CUANDO DEJO DE ACUDIR A ESTE CENTRO, ¿RECURRIÓ A OTROS DISPOSITIVOS?:

- \* Si ( )
- \* No ( )
- \* Públicos ( )
- \* Atención Primaria ( )
- \* Privados ( )

21º.- SI USTED VOLVIERA A TENER PROBLEMAS, ¿ACUDIRÍA DE NUEVO A LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL?:

- \* Si ( )
- \* No ( )
- \* No Sabe ( )
- \* Psicología ( )
- \* Psiquiatría ( )

22º.- ¿CONSIDERA USTED QUE SUS PROBLEMAS SIGUEN EXISTIENDO?:

- \* Si ( )
- \* No ( )

23º.- CASO DE SEGUIR EXISTIENDO SUS PROBLEMAS, ¿LOS ASUME Y ESTA DISPUESTO A VIVIR CON ELLOS?:

- \* Si ( )
- \* No ( )

24°.- *LOS PROBLEMAS QUE LE TRAJERON A CONSULTA, ¿HAN ESTADO SIEMPRE PRESENTES EN SU VIDA, O POR EL CONTRARIO SURGIERON CIRCUNSTANCIALMENTE ?:*

- \* Han existido siempre ( )
- \* Aparecieron circunstancialmente ( )

25°.- *INDIQUE EL TIPO DE PROBLEMA CIRCUNSTANCIAL:*

- \* Personal ( )
- \* Problemas Familiares ( )
- \* Laborales-Economicos ( )