

## Sobre el abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental

**RESUMEN:** Presentamos un estudio sobre abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental del Principado de Asturias. Se estudian y comparan características de casos que abandonan y casos que son dados de alta.

**PALABRAS CLAVE:** Abandono del tratamiento, Centro de Salud Mental, Resultado.

**SUMMARY:** We have studied the drop-out treatment in three Mental Health Centres of the Principado de Asturias. Characteristics of cases that drop out and those that are discharged are analysed and compared.

**KEY WORDS:** Drop-out, Mental Health Centre, Therapeutic outcome.

Este trabajo tiene por objeto un acercamiento al fenómeno del abandono del tratamiento en el ámbito de la Salud Mental a través del estudio y comparación de las características de los casos que abandonan y de los que son dados de alta. El fenómeno del abandono es un hecho clínico generalizado y con una magnitud que varía, según la literatura, entre el 25% y el 64% (1). Dada la frecuencia con la que se produce y la transcendencia de sus consecuencias, tanto en los aspectos clínicos como asistenciales, se puede considerar como uno de los temas prioritarios a valorar dentro de la atención en Salud Mental.

En la literatura revisada se hace patente la complejidad de su estudio tanto por motivos conceptuales como metodológicos (2), lo que dificulta la comparación entre distintas investigaciones. Pekarik (3) encuentra que las distintas definiciones de abandono pueden dar lugar a resultados diferentes, trabajando sobre la misma muestra clínica resultó ser más esclarecedora la definición del abandono basada en el criterio del terapeuta que cuando se utilizaba un criterio temporal. Parece importante distinguir entre aquellos que abandonan el tratamiento durante las sesiones de evaluación y los que lo hacen posteriormente, pudiendo incluso cuestionarse si el abandono después de varias sesiones implicaría «fracaso». A pesar de la importancia de este tema no es frecuente su discusión en las investigaciones (1). Para algunos autores, la definición de abandono estaría limitada a los primeros momentos del proceso: aquellos casos que hayan sido aceptados en terapia, que tienen al menos una sesión de terapia, y que dejan el tratamiento por iniciativa propia (4). Para Allgood y Crane (5) serían «abandono» aquellos que asistieron sólo a la entrevista de recibimiento y la primera sesión de terapia. Para otros autores (5) podría considerarse «abandono» en cualquier momento del proceso terapéutico: «los pacientes que unilateral y abruptamente dejan de solicitar citas, tanto notificándolo como no al terapeuta pero sin su participación» (p. 1.343).

Los principales temas de estudio en la literatura revisada se agrupan en dos grandes intereses: por un lado, los indicadores del abandono y, por otro, el momento en que se produce. En cuanto a las variables estudiadas, siguiendo la revisión bibliográfica realizada por B. Freire (1), podrían agruparse las investigaciones según los factores tenidos en cuenta en el análisis del hecho del abandono: estudios centrados en el paciente; estudios centrados en el terapeuta; estudios centrados en el tratamiento.

Dentro del primer grupo se engloban datos demográficos y clínicos, rasgos de personalidad (Douglas Frayn) y expectativas del paciente. En relación a los datos socio-demográficos, uno de los descubrimientos más consistentes en revisiones realizadas por Brandt (7), Baekeland y Lunwall (8) y Garfield (4) es que la mayoría de estas variables (referidas tanto al terapeuta como al cliente) resultaron no significativas o inconsistentes. Parece que la única característica socio-demográfica que se encontró significativa fue un relación inversa entre el estatus socio-económico del cliente y el abandono de la psicoterapia; abandonan más los pacientes de clases más bajas, con menos recursos y peores empleos (9).

Los estudios centrados en el terapeuta investigan acerca de dos aspectos: los profesionales y los personales. Se ha señalado una relación directa entre la experiencia, habilidad y formación del terapeuta y la continuidad del tratamiento (1), así como entre los errores técnicos y la interrupción del tratamiento (10, 8). En cuanto a los rasgos demográficos del terapeuta, algunos estudios indican que las terapeutas femeninas mantienen durante más tiempo a sus pacientes en tratamiento (11), mientras que otros señalan que la interrupción del tratamiento es menos frecuente entre pacientes vistos por terapeutas de sexo opuesto (12). En cuanto a la edad, los resultados de diversas investigaciones son contradictorios (13). Respecto al grupo étnico se encuentra que la pertenencia a un mismo grupo disminuye el porcentaje de abandonos y fortalece la relación terapéutica (14).

En cuanto al tercer grupo de investigaciones, se han tenido en cuenta factores que tienen que ver con la empatía en la relación y con las características del tratamiento, encontrándose como determinantes de la continuidad del mismo: que el terapeuta confirme las expectativas del paciente; que ambos coincidan en sus estilos perceptivo-cognitivos, en la definición de las áreas de conflicto y en los objetivos del tratamiento (1). El papel decisivo de la relación terapéutica está siendo ampliamente valorado en la actualidad. Garfield (15) destaca la importancia de la relación interpersonal y la equivalencia de las técnicas terapéuticas.

Respecto al momento en el que se produce el abandono, en diversos estudios se ha constatado que ocurre en las primeras consultas. Reder y Tyson (16) encuentran que el abandono del tratamiento en psicoterapia individual es alto inicialmente, estabilizándose después. Silverman (17) describe en su investigación en un Centro de Salud Mental Comunitaria que el 80% de los clientes abandonan antes

## ORIGINALES Y REVISIONES

de la quinta sesión. Lerner y otros (18), en un estudio realizado en los Servicios de Salud Mental de Jerusalem, han constatado que el número de pacientes en contacto desciende considerablemente durante los tres primeros meses. En nuestro propio ámbito socio-cultural, Castañeda et al. (19), en un estudio realizado en un Equipo de Salud Mental de Málaga, observan que el 69% de los casos estudiados abandonó entre la primera y la tercera consulta.

No perdiendo de vista el complejo universo donde nos movemos, la dificultad que presenta nuestro objeto de estudio y lo complicado que resulta la operacionalización de algunos de los aspectos fundamentales de la relación terapéutica, nuestros objetivos específicos irían encaminados a: describir las características socio-demográficas y clínicas del usuario que abandona y del que es dado de alta; recoger las características del terapeuta en cada grupo de los mencionados; estudiar las características del proceso asistencial y ver su posible relación con el abandono o el alta.

### Metodología

#### Población de estudio

La población de estudio comprende todas las historias abiertas en los meses de enero, marzo y septiembre del año 1991, en los Centros de Salud Mental de adultos de Oviedo (1), Mieres y Langreo, cuyo resultado fue abandono o alta. Se considera *abandono* la pérdida de contacto de un usuario con los Servicios de Salud Mental por un periodo igual o superior a tres meses desde la última cita dada y sin comunicar su decisión. Se considera *alta* la finalización de un caso por la decisión del terapeuta. (Se tendrá sólo en cuenta el ciclo que comprende desde la apertura de la historia hasta que se produce uno de los resultados anteriores).

Las características anteriores de la población son: de 15 años en adelante; residentes en el Área Sanitaria correspondiente; usuarios que consultan por primera vez.

Criterios de exclusión: toxicomanías, derivados de Instituciones Penitenciarias. El primero de estos grupos fue excluido debido a la existencia de dispositivos específicos para estos usuarios y también porque según la literatura se caracterizan por un patrón de utilización de los Servicios diferenciado. El grupo segundo (reclusos) se excluyó debido a la falta de voluntariedad tanto en la demanda como en la interrupción del tratamiento.

#### VARIABLES

1) Agrupación de variables: se han estudiado treinta y cuatro variables agrupándolas en tres bloques que se enumeran a continuación.

## A. Características del usuario:

## Variables socio-demográficas:

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Lugar de nacimiento
5. Convivencia
6. Nivel de instrucción
7. Profesión
8. Situación laboral
9. Accesibilidad
10. Medio
11. Hijos a cargo
12. Área sanitaria

## Variables clínicas:

13. Diagnóstico
14. Motivo de consulta
15. Tiempo con síntomas
16. Antecedentes psiquiátricos
17. Edad de primer contacto
18. Años transcurridos desde el 1.º contacto
19. Acompañantes a la 1.ª sesión

## B. Características del terapeuta:

20. Sexo
21. Edad
22. Titulación

## C. Características del proceso asistencial:

- |                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| 23. Derivante              | 29. Número de sesiones             |
| 24. Agente de la demanda   | 30. Tiempo total a tratamiento     |
| 25. Urgencia de la demanda | 31. Intervención por sesiones      |
| 26. Tiempo de espera       | 32. Valoración en la última sesión |
| 27. Intervención acordada  | 33. Resultado                      |
| 28. Número de terapeutas   | 34. Número de abandonos            |

2) Definición de variables. Las variables estudiadas fueron recogidas de dos fuentes: la hoja de petición de consulta (a excepción del área de Mieres); la historia clínica, tanto de la hoja de datos básicos (H.D.B.), como de las anotaciones que los profesionales hacen en las hojas de evolución. La hoja de datos básicos es un registro que se cumplimenta según la información proporcionada por el usuario en el mismo día de la primera consulta.

Las variables se describen a continuación:

1. Sexo: según consta en H.D.B.
  - Hombre
  - Mujer
2. Edad: según consta en H.D.B.
  - (15-25) años
  - (26-40)
  - (41-65)
  - (66 ó más)

## ORIGINALES Y REVISIONES

3. Estado civil: según consta en H.D.B.
  - Soltero
  - Casado
  - Viudo
  - Separado/Divorciado
4. Lugar de nacimiento: según consta en H.D.B.
  - Asturias
  - Otras CC.AA.
5. Convivencia: según consta en H.D.B.
  - Con los padres
  - Familia propia (cónyuge y/o hijos)
  - Solo
  - Con otros familiares
6. Nivel de instrucción: según consta en H.D.B.
  - Analfabeto
  - Estudios primarios (E.G.B, Bachiller elemental)
  - Estudios secundarios (F.P. 1, F.P. 2, Bachiller superior)
  - Estudios Universitarios Medios
  - Estudios Universitarios
7. Profesión: según consta en la H.D.B.
  - Ama de casa
  - Estudiante
  - Obrero sin cualificar (peón, limpieza, agricultor, etc.)
  - Obrero cualificado (electricista, mecánico, celador, etc.)
  - Trabajador autónomo
  - Profesionales
8. Situación laboral: según consta en H.D.B.
  - Activo-Pensionista
  - En paro
  - I.L.T.
  - Otros (amas de casa y estudiantes)
9. Accesibilidad: mayor o menor facilidad del usuario para trasladarse desde su domicilio al C.S.M. Debido a las características geográficas de la región, se ha definido según estos tres criterios combinados: orografía, distancia en kms. y medios de transporte público disponibles.
  - Mala: zona montañosa, necesidad de trasbordos en transportes públicos y/o inexistencia de los mismos y/o un único transporte muy poco frecuente y/o un viaje de más de 45 minutos.
  - Buena: se puede acceder a pie o en un solo medio de transporte público frecuente y que no exija más de 20 minutos de viaje.
  - Regular: exige más de un medio de transporte público y/o un viaje de más de 20 minutos.
10. Medio: según consta en la H.D.B.
  - Rural
  - Urbano
11. Hijos a cargo: hijos menores o mayores de edad en paro o con minusvalía que vivan en la casa.
  - No
  - 1 hijo
  - 2 ó más

12. Área Sanitaria:
  - Oviedo
  - Mieres
  - Langreo
13. Diagnóstico: según consta en la H.D.B. (C.I.E.-9)
  - Psicosis (esquiz., afectivas, otras psicosis)
  - Estados de ansiedad
  - Cuadros depresivos
  - Alcoholismo
  - Reacciones de adaptación
  - Otros trastornos neuróticos (fóbicos, obsesivos, hipocondría)
  - Trastornos psicósomáticos (tras. alimentación, alt. funciones corporales, tras. sexuales)
  - Otros (demencias, tras. de la personalidad, perturbaciones emocionales)
  - No consta
14. Motivo de consulta: según consta en la H.D.B.
  - Problemas de relación social
  - Problemas familiares
  - Problemas psicósomáticos
  - Problemas de alcohol
  - Angustia, ansiedad.
  - Síntomas depresivos
  - Síntomas psicóticos
  - Evaluación
  - No consta
15. Tiempo con síntomas: tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta la petición de consulta en el C.S.M.
  - Menos de 1 mes
  - De 1 mes a 6 meses
  - Más de 6 meses a 2 años
  - Más de 2 años a 5 años
  - Más de 5 años
  - No consta
16. Antecedentes psiquiátricos: haber sido tratado por especialistas en Salud Mental en alguna ocasión anterior a la apertura de la historia.
  - Ambulatorio público
  - Ambulatorio privado
  - Hospitalización
  - Varios de los anteriores
  - Sin antecedentes
17. Edad del primer contacto con psiquiatría: según consta en H.D.B.
  - De 0 a 15 años
  - De 16 a 25 años
  - De 26 a 40 años
  - De 41 a 65 años
  - 66 años o más
  - Sin antecedentes
18. Años transcurridos desde el primer contacto: según consta en H.D.B.
  - De 1 a 5 años

## ORIGINALES Y REVISIONES

- De 6 a 15 años
  - 15 años o más
  - Sin antecedentes
19. Acompañantes a la primera sesión: se considera si el usuario viene solo o acompañado por familiares.
- Solo
  - Familia
20. Derivante: según consta en H.D.B.
- Médico de Atención Primaria
  - Otros especialistas
  - Propia Red
  - Iniciativa propia
  - Servicio de Urgencias
21. Agente de la demanda: persona que realiza la petición de consulta.
- Paciente
  - Familia
  - Otros
22. Urgencia de la demanda: según consta en H.D.B.
- Urgente
  - Ordinario
  - Preferente
23. Tiempo de espera: tiempo transcurrido entre la petición de consulta y la primera sesión.
- 1 día
  - De 2 a 7 días
  - De 8 a 25 días
  - No consta
24. Intervención acordada: según consta en la H.D.B.
- Fármacos
  - Psicoterapia
  - Seguimiento
  - Evaluación
  - Fármacos y psicoterapia
  - Fármacos y seguimiento
  - No consta
25. Número de terapeutas: número total de terapeutas que han intervenido en el caso (de manera no simultánea), hasta que se produce el alta o el abandono.
- 1 terapeuta
  - 2 terapeutas
26. Número de sesiones: total de sesiones hasta que se produce el alta o el abandono.
- 1 sesión
  - 2 a 4 sesiones
  - 5 a 10 sesiones
  - Más de 10 sesiones
27. Tiempo total a tratamiento: tiempo, en meses, transcurrido desde la primera sesión hasta que se produce el alta o, en el caso de los abandonos, hasta la última sesión a la que acude.
- Menos de 1 mes
  - De 1 mes a 3 meses

- Más de 3 meses a 6 meses
- Más de 6 meses a 1 año
- Más de 1 año

28. Intervención por sesiones: tipo de intervención más frecuente (moda) realizada en el total de sesiones en cada caso, recogido de la historia clínica.

– Fármacos sólo: cuando lo reflejado en la historia clínica no indica otra intervención que la prescripción o control de fármacos.

– Fármacos más pautas: además de la intervención farmacológica se describen orientaciones sin la sistematización de una psicoterapia.

– Psicoterapia sólo: tratamiento de naturaleza psicológica, que implica un proceso relacional sistematizado que persigue un cambio.

– Psicoterapia más fármacos: combinación de ambas formas de intervención.

– Seguimiento: cuando no se ha iniciado ningún tratamiento o este se considera ya finalizado y se conciertan citas para valorar la evolución.

– Evaluación: cuando el objeto de las entrevistas consiste en un acercamiento y valoración del problema.

29. Resultado:

- Abandono
- Alta

30. Valoración en la última sesión: valoración del terapeuta constatada en la historia clínica del estado del paciente en la última sesión a la que acude previa al abandono. (Variable no recogida en los casos que son alta).

- Mejor
- Igual
- Peor
- Abandono en 1.ª sesión
- No abandono

31. Número de abandonos: número total de abandonos desde la apertura de la historia clínica hasta el momento de la recogida de datos de este estudio. (Única variable en la que se contempla la evolución completa del caso).

- 1 abandono
- 2 ó 3 abandonos
- No abandono

32. Sexo del terapeuta:

- Varón
- Mujer

33. Edad del terapeuta:

- De 24 a 30 años
- De 31 a 40 años
- 40 años o más
- No consta

34. Titulación del terapeuta:

- P.I.R.
- M.I.R.
- Psiquiatra
- Psicólogo
- M.A.P.

*Análisis estadísticos y resultados*

En este apartado se describirá: la población, las variables estudiadas y la relación entre ellas.

## 1. Descripción de la población total:

Se revisaron un total de 425 historias que corresponden a los primeros contactos que los Centros de Salud Mental de adultos de las Areas Sanitarias de Mieres, Langreo y Oviedo (C.S.M. 1) registraron durante los meses de enero, marzo y septiembre del año 1991.

N = 425:

Mieres \_\_\_ N = 202\_\_\_ 94 varones (46,5%)\_\_\_ 108 mujeres (53,5%)

Langreo \_\_\_ N = 106\_\_\_ 58 varones (54,7%)\_\_\_ 48 mujeres (45,3%)

Oviedo \_\_\_ N = 117\_\_\_ 45 varones (38,5%)\_\_\_ 72 mujeres (61,5%)

(Ver Figura 1)

En la tabla 1, se recogen los porcentajes de los casos distribuidos según el resultado del primer o único periodo de intervención (no se tuvo en cuenta lo ocurrido después en caso de que fueran RETORNOS): de estas 425 historias clínicas pasaron a formar parte de este estudio un total de 211 (abandonos y altas).

*Tabla 1*

	Mieres	Langreo	Oviedo
<i>Abandonos</i>	N=57 (28%)	N=24 (22,6%)	N=38 (32,5%)
<i>Altas</i>	N=42 (20,5%)	N=21 (19,8%)	N=29 (24,8%)
<i>Continúan tratamiento</i>	N=13 (6,4%)	N=23 (21,7%)	N=12 (10,25%)
<i>Derivados a A. P.</i>	N=28 (13,8%)	N=12 (11,3%)	N=6 (5,13%)
<i>Peritajes e informes</i>	N=2 (0,9%)	N=2 (1,9%)	N=2 (1,7%)
<i>No asumidos</i>	N=8 (3,9%)	N=2 (1,9%)	N=6 (5,13%)
<i>Altas por decisión usuario</i>	N=6 (7,4%)	N=0 (0%)	N=0 (1,7%)
<i>Dudosos</i>	N=15 (7,4%)	N=0 (0%)	N=2 (1,7%)

Excluidos toxicómanos [Mieres N=33 (16,3%); Langreo N=22 (20,8%); Oviedo N=20 (17,1%)] y reclusos [Oviedo N=2 (1,7%)].

## 2. Descripción del Abandono:

En este apartado se hará una descripción más pormenorizada teniendo sólo en cuenta el grupo de los abandonos.

En primer lugar se ha registrado en este caso la evolución completa de la historia clínica hasta el momento de la recogida de los datos (enero, 1994), con el objeto de observar si el mismo caso abandona repetidamente.

Los resultados son los siguientes:

N.º de abandonos \_\_\_\_ 119

Abandonan sólo 1 vez \_\_\_\_ 112 (94,1%)

Abandonan 2 veces \_\_\_\_ 7 (5,9%)

En la población de estudio no existen casos que tengan más de 2 abandonos. Por otro lado se contempló la distribución de los abandonos según el momento en que se producían: (Ver Figura 2).

Abandonan tras una única sesión \_\_\_\_ 44 (37%)

Abandonan entre la 2.ª y la 4.ª sesión \_\_\_\_ 47 (39,5%)

Abandonan entre la 5.ª y la 10.ª sesión \_\_\_\_ 22 (18,5%)

Abandonan tras 10 sesiones o más \_\_\_\_ 6 (5%)

Es decir, el 76,5% de los abandonos se producen entre la 1.ª y la 4.ª sesión.

Por último se registró la valoración del terapeuta sobre el estado del paciente en la última sesión a la que éste acudió, exceptuando obviamente los casos que acudieron a una única sesión: (Ver Figura 3).

Peor \_\_\_\_ 4 (5,33%)

Mejor \_\_\_\_ 45 (60%)

Igual \_\_\_\_ 19 (25,33%)

No consta \_\_\_\_ 7 (9,33%)

## 3. Descripción de las variables.

En un primer acercamiento al análisis de las variables se describirá cómo se distribuyen tomándolas por separado para ALTAS y ABANDONOS. (De los 211 casos el 56,4% son ABANDONOS y el 43,6% ALTAS).

### A) Descripción de las variables socio-demográficas del usuario:

En la Tabla 2 aparecen los porcentajes de cada categoría de las diferentes variables separados según sean para ABANDONOS o ALTAS.

Las variables *Sexo*, *Lugar de nacimiento*, *Medio*, *Hijos a cargo* y *Área Sanitaria* no ofrecen resultados a destacar debido a que se distribuyen de forma homogénea.

## ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 2

		Abandono	Alta
<i>Sexo</i>	Hombre (N=74)	54,1%	45,9%
	Mujer (N=137)	57,7%	42,3%
<i>Edad</i>	15-25 (N=49)	57,1%	42,9%
	26-40 (N=70)	65,7%	34,3%
	41-65 (N=65)	47,7%	52,3%
	66 ó más (N=27)	51,9%	48,1%
<i>Estado civil</i>	Soltero (N=69)	60,9%	39,1%
	Casado (N=114)	54,4%	45,6%
	Viudo (N=23)	47,8%	52,2%
	Sept./Divor. (N=5)	80%	20%
<i>Lugar de nacimiento</i>	Asturias (N=176)	56,8%	43,2%
	España (N=35)	54,3%	45,7%
<i>Convivencia</i>	Padres (N=47)	59,6%	40,4%
	Fam. propia (N=132)	53,8%	46,2%
	Solo (N=24)	70,1%	29,9%
	Otros fam. (N=8)	37,5%	62,5%
<i>Nivel de instrucción</i>	Analfabeto (N=7)	71,4%	28,6%
	E. primarios (N=156)	57,7%	42,3%
	E. secundarios (N=31)	58,1%	41,9%
	Uni. Medios (N=9)	44,4%	55,6%
	Uni. Super. (N=8)	25%	75%
<i>Profesión</i>	Ama de casa (N=80)	61,3%	38,8%
	Estudiantes (N=32)	53,1%	46,9%
	Obrero sin cual. (N=41)	61%	39%
	Obrero cualif. (N=46)	52,2%	47,8%
	Autónomo (N=4)	50%	50%
	Profesionales (N=8)	25%	75%
<i>Situación laboral</i>	Activo (N=56)	55,4%	44,6%
	Pensionista (N=24)	45,8%	54,2%
	En paro (N=14)	64,3%	35,7%
	I.L.T. (N=7)	42,9%	57,1%
	Otros (N=10)	59,1%	40,9%
<i>Accesibilidad</i>	Mala (N=39)	64,1%	35,9%
	Buena (N=146)	55,5%	44,5%
	Regular (N=26)	50%	50%
<i>Medio</i>	Rural (N=62)	58,1%	41,9%
	Urbano (N=149)	55,7%	44,3%
<i>Hijos a cargo</i>	No (N=113)	58,4%	41,6%
	1 (N=56)	55,4%	44,6%
	2 ó más (N=42)	52,4%	47,5%
<i>Área Sanitaria</i>	Mieres (N=49)	57,6%	42,4%
	Langreo (N=45)	53,3%	46,7%
	Oviedo (N=67)	56,7%	43,3%

En cuanto a las restantes se podría comentar lo siguiente.

– En el grupo de *edad* entre 26 y 40 años se observa un porcentaje de Abandonos algo mayor que el resto de los intervalos.

– El grupo de *separados* tiene el porcentaje mayor de abandonos seguido por el los solteros.

– En cuanto a la *convivencia*, aquellos que viven solos obtienen porcentaje más alto en Abandonos y los que viven con otros familiares el más bajo.

– La variable *nivel de instrucción* (ver Figura 4) se distribuye de una manera peculiar: los niveles más bajos de instrucción tienen los porcentajes de Abandono mayores y los niveles superiores los menores.

– Las amas de casa y los obreros sin cualificar presentan un mayor porcentaje de *abandonos* y los profesionales el menor.

– Los *parados* registran el porcentaje de abandonos más alto y el más bajo los que están en situación de I.L.T.

– El valor más alto de abandonos corresponde al grupo incluido en mala *accesibilidad*.

#### B) Variables clínicas del usuario:

En la Tabla 3 se presenta la distribución por Abandono y Alta de las variables clínicas del usuario. El mayor porcentaje de abandonos corresponde a las categorías diagnósticas englobadas en Otros (demencias, trastornos de personalidad y perturbaciones emocionales). Los grupos de E. de ansiedad, otros trastornos neuróticos y trastornos psicósomáticos aparecen también con un porcentaje considerablemente mayor de abandonos. Reacciones de Adaptación es el único grupo en el que el porcentaje de Altas es mayor que el de Abandonos. El porcentaje más alto de abandonos se recoge en el grupo de los que presentan los síntomas por un tiempo de más de 6 meses hasta 2 años. El grupo de los casos que presentan síntomas durante un tiempo menor a 1 mes es el único que registra un mayor porcentaje de altas. El grupo con antecedentes de consultas ambulatorias privadas destaca con el mayor porcentaje de abandonos. El grupo de Edad cuyo primer contacto fue entre los 16 y los 25 años es el que presenta el mayor porcentaje de abandonos. El porcentaje más alto de abandonos se da entre aquellos que tuvieron su primer contacto dentro del intervalo 6-15 años.

Las variables *Motivos de Consulta* y *Acompañantes* no ofrecen ningún resultado destacable.

#### 4. Análisis de las relaciones entre variables:

Se trató de ver si existía una asociación estadísticamente significativa entre todas las variables recogidas y el ABANDONO/ALTA.

## ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 3

		Abandono	Alta
<i>Diagnóstico</i>	Psicosis (N=4)	50%	50%
	E. ansiedad (N=27)	66,7%	33,3%
	C. depresivos (N=67)	52,2%	47,8%
	Alcoholismo (N=12)	58,3%	41,7%
	R. de adaptación (N=47)	38,3%	61,7%
	Otros T. neuróticos (N=9)	66,7%	33,3%
	T. Psicósomáticos (N=12)	66,7%	33,3%
	Otros (N=19)	78,9%	21,1%
	No consta (N=14)	71,4%	28,6%
<i>Motivo de consulta</i>	Probl. relac. social (N=5)	60%	40%
	Probl. familiaes (N=12)	58,3%	41,7%
	Probl. psicósomát. (N=18)	55,6%	44,4%
	Probl. alcohol (N=11)	54,5%	45%
	Angustia/Ansiedad (N=52)	59,6%	40,4%
	Sínt. depresivos (N=87)	49,4%	50,6%
	Sínt. psicóticos (N=4)	50%	50%
	Evaluación (N=5)	60%	40%
No consta (N=17)	82,4%	17,6%	
<i>Tiempo con síntomas</i>	Menos de 1 mes (N=11)	36,4%	63,6%
	1 mes-6 meses (N=71)	53,5%	46,5%
	6 meses-2 años (N=46)	67,4%	32,6%
	2 años-5 años (N=32)	50%	50%
	Más de 5 años (N=27)	59,3%	40,7%
	No consta (N=24)	58,3%	41,7%
<i>Antecedentes psiquiátricos</i>	Ambul. público (N=29)	62,1%	37,9%
	Ambul. privado (N=19)	73,7%	26,3%
	Hospitalización (N=3)	66,7%	33,3%
	Varios (N=19)	52,6%	47,4%
	Sin antecedentes (N=141)	53,2%	46,8%
<i>Edad de primer contacto</i>	0-15 años (N=8)	62,5%	37,5%
	16-25 años (N=20)	75%	25%
	26-40 años (N=29)	58,6%	41,4%
	41-65 años (N=10)	50%	50%
	66 años o más (N=3)	66,7%	33,3%
	Sin antecedentes (N=141)	53,2%	46,8%
<i>Años desde primer contacto</i>	1-5 años (N=24)	54,2%	45,8%
	6-15 años (N=30)	72,4%	27,6%
	Más de 15 años (N=16)	56,3%	43,8%
	Sin antecedentes (N=141)	53,5%	46,5%
<i>Acompañantes</i>	Solo (N=109)	53,1%	46,9%
	Con familia (N=102)	47,8%	52,2%

#### 4.1. Relación entre variables del usuario y ABANDONO/ALTA

Una vez calculados los estimadores estadísticos (Chi cuadrado) *no se encontró* ninguna relación significativa con respecto a las variables socio-demográficas del usuario. En cuanto al grupo de las variables clínicas del usuario sólo se encontró una tendencia significativa entre la variable Diagnóstico y la variable Resultado (Abandono/Alta). (Ver Figura 5).

[14,091;  $p < 0,0794$ ]

#### 4.2. Relación entre variables del terapeuta y ABANDONO/ALTA

Calculados los estimadores estadísticos (Chi cuadrado) *no se encontró* ninguna relación significativa.

#### 4.3. Relación entre variables del proceso asistencial y ABANDONO/ALTA

Realizada las pruebas estadísticas (Chi cuadrado) *no se encontró* relación significativa entre la variable Resultado (Abandono/Alta) y cada una de las siguientes: Derivante, Agente de la demanda, Urgencia, Tiempo de espera, Intervención acordada. Asimismo se encontró que las variables Número de terapeutas y Resultado (Abandono/Alta) mantienen una relación significativa. (Ver Figura 6).

[4,623;  $p < 0,031$ ]

*Se encontró* que las variables Intervención por sesiones y Resultado (Abandono/Alta) no eran independientes, es decir existe una relación estadísticamente significativa entre ellas. (Ver Figura 7).

[11,604;  $p < 0,04$ ]

De las intervenciones por sesión realizadas, aquella que registra mayor número de altas es la denominada Psicoterapia + Fármacos (66,2% Altas/36,8% Abandonos), a continuación, Seguimiento (62,5% Altas/37,5% Abandonos). En el otro extremo nos encontramos con Evaluación (14,3% Altas/85,7% Abandonos). El resto, Fármacos (43,9% Altas/56,1%; Abandonos), Fármacos + Pautas (41,2% Altas/58,8% Abandonos) y Psicoterapia (46,2% Altas/53,8% Abandonos), obtienen resultados muy similares.

### Discusión

En la elaboración de este estudio han surgido algunas dificultades tanto en la recogida de datos como en el diseño de algunas variables. Por un lado, el hecho de recoger los datos de las Hojas de Datos Básicos y de las historias clínicas, implicaba que perdiáramos información debido a las normas oficiosas de recogida

de cada Centro (a pesar de estar estandarizada, encontramos ciertas variaciones características de cada Centro), y a las peculiaridades del estilo de cada terapeuta (lo que determina la calidad y cantidad del contenido de las historias clínicas). Por otro lado, algunas de las variables que hemos estudiado, a pesar de que los criterios de decisión fueron discutidos largamente, pueden presentar problemas de fiabilidad.

La reflexión sobre los resultados obtenidos nos lleva a pensar que sólo podríamos defender la dependencia entre Abandono/Alta con la intervención realizada en cada sesión, con el Número de terapeutas así como, en cierta medida, con las categorías diagnósticas. En cuanto a la variable «Intervención por sesión» se obtiene un predominio de altas en las categorías Psicoterapia + Fármacos y Seguimiento. Para todos los demás tipos de intervención el número de abandonos es mayor al de altas. A la vista de estos resultados podría pensarse que el tipo de intervención que genera menos abandonos es la definida como Psicoterapia + Fármacos. En trabajos posteriores sería conveniente intentar confirmar esta impresión. Con respecto a la categoría Seguimiento, hay que tener en cuenta que se trata de un tipo de intervención que presupone el Alta. El alto número de abandonos resultantes en Evaluación, lógicamente, es atribuible a que es durante las primeras consultas, en las que se evalúa, cuando se produce el mayor porcentaje de abandonos.

Por otra parte, en cuanto a la relación entre Abandono/Alta y el Número de terapeutas, se obtiene un porcentaje significativamente mayor de Altas en aquellos casos que han sido tratados sucesivamente por dos terapeutas, pero podríamos interpretar que esto se ve influido por el hecho de que el mayor número de abandonos se producen en las primeras entrevistas y para que ocurra el fenómeno de cambio de terapeuta por lo general pasan varias sesiones.

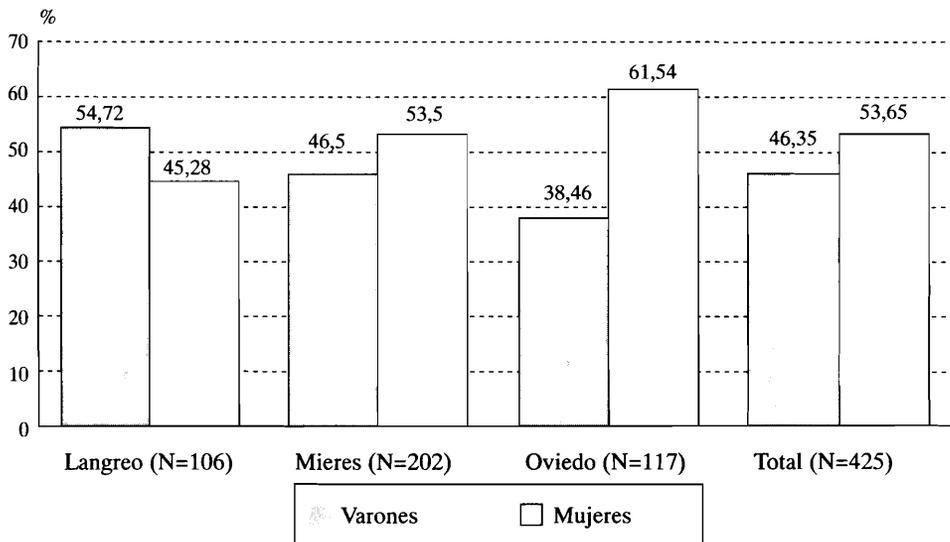
Acercas de los datos obtenidos en relación a las categorías diagnósticas resulta difícil establecer conclusiones. El hecho de que sea la misma persona quien diagnostica y quien conduce la terapia lleva a pensar que las expectativas del terapeuta sobre la evolución del caso influyen en el diagnóstico y éste a su vez en las expectativas. Un dato que conviene reseñar es que dentro de la variable Situación laboral es el grupo de desempleados el que tiene mayor porcentaje de abandonos, mientras que aquellos que están en situación de I.L.T. (Incapacidad laboral transitoria) son los que menos abandonan.

En cuanto a las variables clínicas del usuario, es destacable el mayor porcentaje de abandonos en aquellas personas con antecedentes asistenciales sólo en consulta privada. Respecto a la Edad de primer contacto, aquellas personas que contactaron durante su infancia o adolescencia son los que abandonarán más en consultas posteriores. Sería interesante encaminar estudios a valorar la importancia de la historia asistencial previa. Es importante subrayar que en nuestro estudio

las variables: Derivante, Agente de la demanda, Urgencia, Tiempo de espera e Intervención acordada, no se relacionan con el resultado Abandono/Alta, lo cual contrasta con la importancia atribuida a alguna de estas variables desde distintos ámbitos de la sociedad (políticas asistenciales, usuarios, etc.). Los resultados obtenidos con este estudio concuerdan con la literatura revisada puesto que parece que las variables generalizadamente aceptadas como asociadas con el fenómeno del Abandono son las que tienen que ver con el proceso terapéutico (1; 15; 20). En cuanto a las variables socio-demográficas los resultados son contradictorios. Las revisiones más exhaustivas encuentran que estas variables son no significativas o inconsistentes (7; 8; 4); hay, sin embargo, algunos estudios que defienden la relación entre este tipo de variables y el abandono (11; 12; 14).

Encontramos coincidencia entre nuestros resultados y los de otros trabajos en cuanto a que los abandonos se producen sobre todo durante las primeras consultas (16; 17; 18; 19). Podríamos interpretar, a la luz de estos datos, que el hecho del abandono implica fundamentalmente un problema de «enganche» o «empatía» clave en las primeras consultas. Es interesante también señalar que en aquellos casos en que el abandono se produce después de varias consultas, los terapeutas mayoritariamente habían valorado como mejor el estado del paciente, lo que podría hacernos pensar que los abandonos producidos más allá de las primeras sesiones tendrían que ver con que el usuario no considera necesario seguir acudiendo. Estudios posteriores podrían confirmar o no esta hipótesis introduciendo un seguimiento. Pensamos, además, que en el futuro sería conveniente que la selección de Áreas Sanitarias incluyera aquellas que puedan tener unas características diferenciadas de población y de uso de Servicios, como podrían ser las periféricas. Por otra parte, creemos que sería adecuado investigar acerca de los aspectos que implica la relación terapéutica, sobre todo en las primeras fases del tratamiento, a pesar de la dificultad que conllevaría este tipo de trabajo (20). Nos parece fundamental, por último, realizar un seguimiento de los casos que permitiría conocer no sólo los posibles motivos del abandono sino también cuál ha sido su evolución.

**Figura 1**  
*Distribución de la población por sexo y área*



**Figura 2**  
*Porcentaje de abandonos según el número de sesiones*

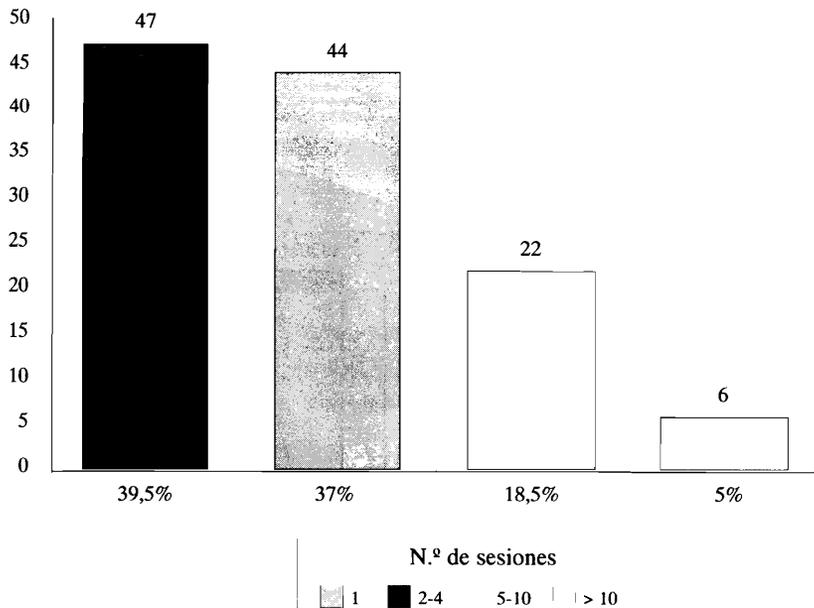


Figura 3  
Distribución de los abandonos según la valoración de la última entrevista

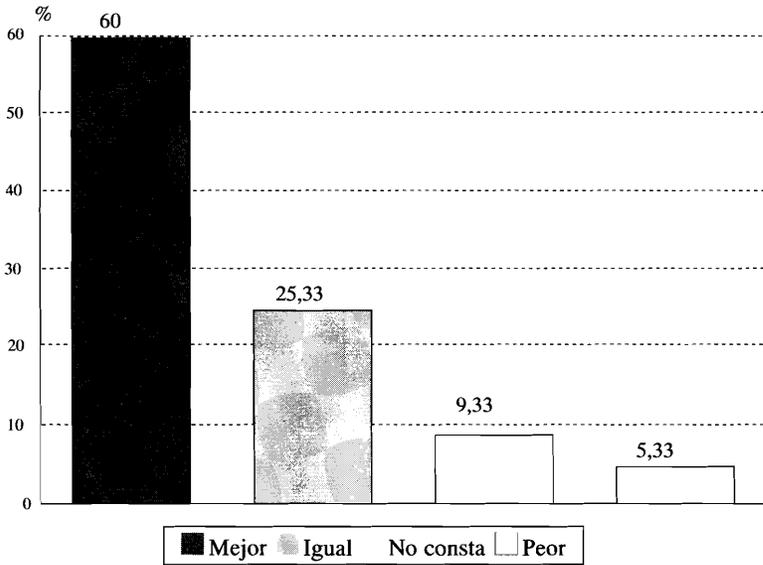


Figura 4  
Distribución de los resultados según el nivel de instrucción

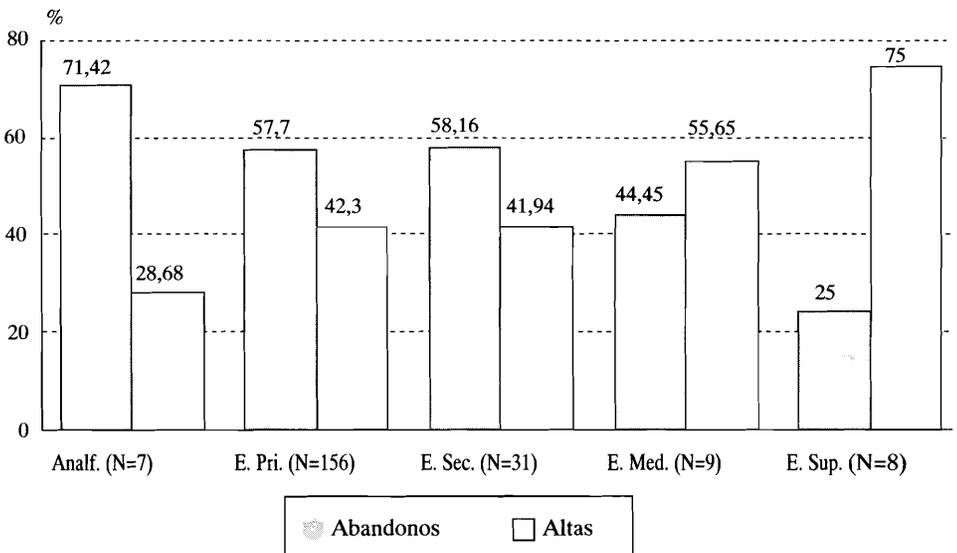


Figura 5  
Distribución del diagnóstico por abandonos y altas

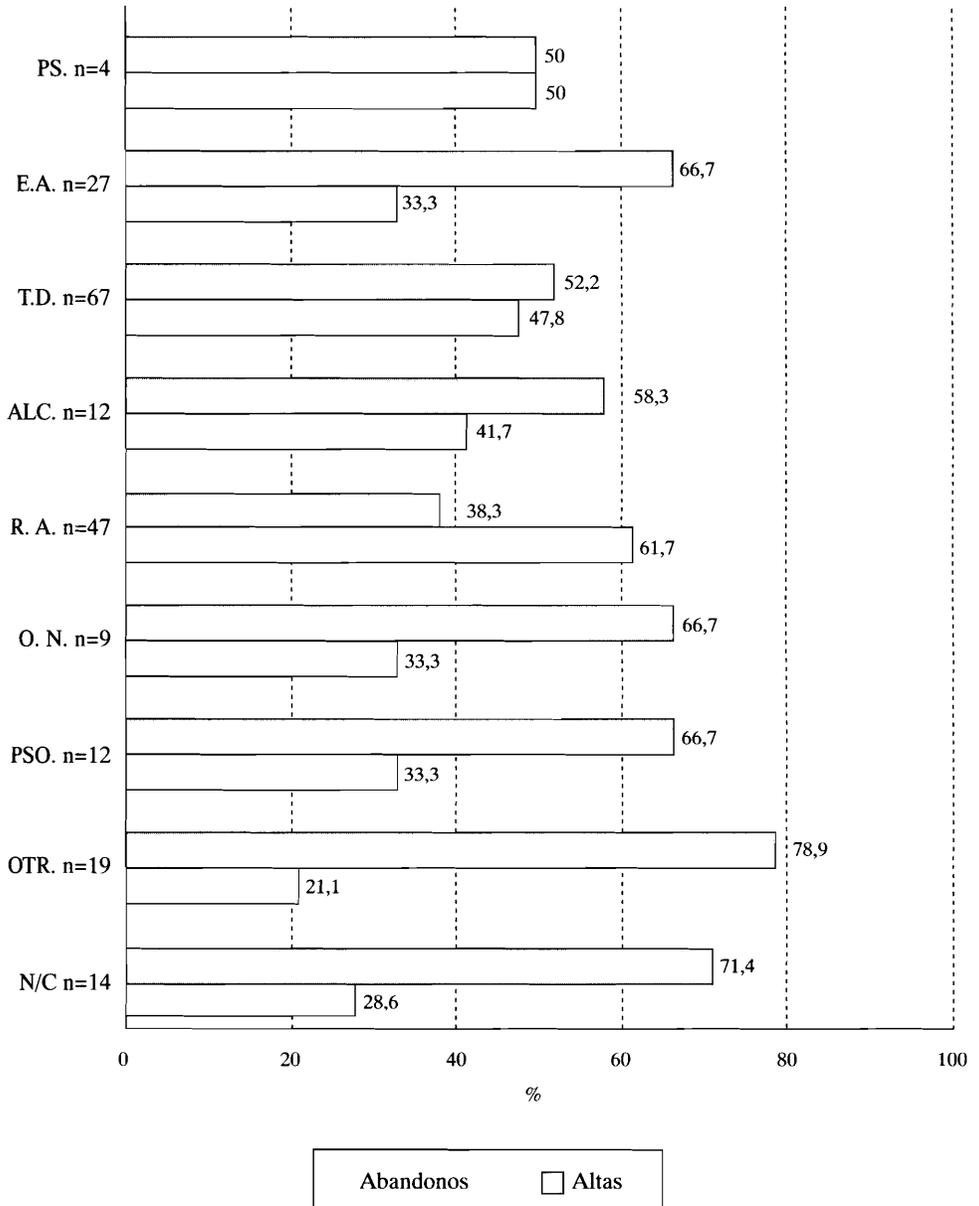


Figura 6  
Resultado según el número de terapeutas

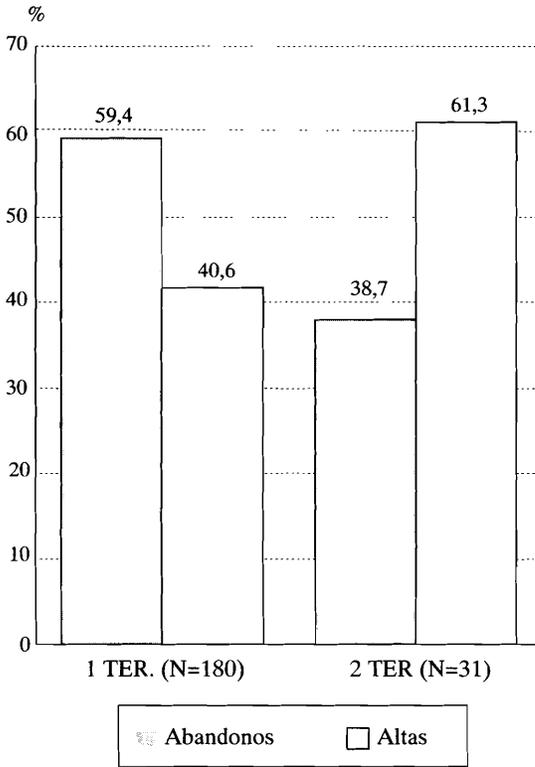
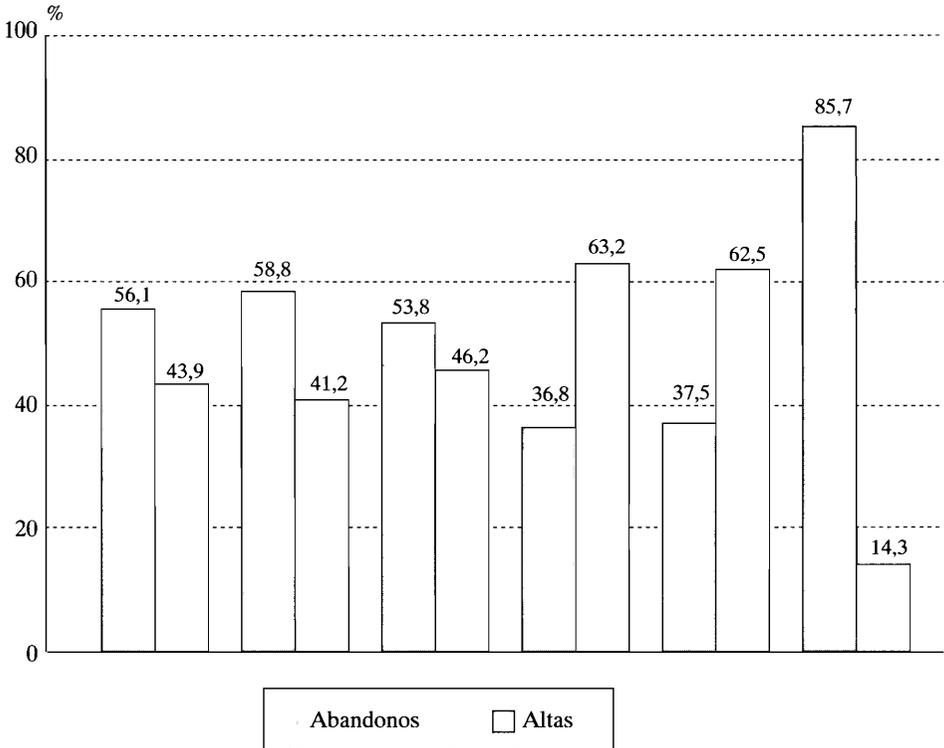


Figura 7  
 Resultado según el tipo de intervención por sesión



BIBLIOGRAFÍA

(1) FREIRE ARTETA, B., «Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1986, VI, 16, pp. 22-42.  
 (2) BISCHOFF, R. J.; SPRENKLE, D. H., «Dropping out of marriage and family therapy. A critical review of research», *Family Process*, 1993, 32, p. 353-375.  
 (3) PEKARIK, G., «The effects of employing different termination classification criteria in dropout research», *Psychotherapy*, 1985, 22, pp. 86-91.  
 (4) GARFIELD, S. L.; BERGIN, A. E., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Nueva York, John Wiley & Sons, 1986.  
 (5) ALLGOOD, S. M.; CRANE, D. R., «Predicting marital therapy dropouts», *Journal of Marital and Family Therapy*, 1991, 17, pp. 73-79.  
 (6) SLEDGE, W. H. y otros, «Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates», *The American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, pp. 1.341-1.347.

- (7) BRANDT, L. W., «Studies of 'dropout' patients in psychotherapy: A review of findings», *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1965, 2, pp. 6-11.
- (8) BAEKLELAND, F.; LUNDWALL, L., «Dropping out of treatment. A critical review», *Psychological Bulletin*, 1975, 82, pp. 738-783.
- (9) BERRIGAN, L. P.; GARFIELD, S. L., «Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class», *British Journal of clinical Psychology*, 1981, 2, pp. 239-242.
- (10) WÄLTI, J.; KOLB, H. J.; WILLI, J., «Welche patienten brechen eine psychiatrische Behandlung ab?», *Der Nervenarzt*, 1980, 51, pp. 712-717.
- (11) GRIFFITH, M. S., «Effects of race and sex of patient and therapist on the outpatient psychotherapy», *Dissertation Abstracts International*, 1976, 36 (8=B), feb., 4.157-B.
- (12) VAIL, A., «Factors influencing lower black patients remain in treatment», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46, 2.
- (13) KARUSU, T. B.; STEIN, S. P.; CHARLES, E. S., «Age factors in patient-therapist relationship», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1979, 167, 2, pp. 100-104.
- (14) SMITH, M. L.; GLASS, G. V.; MILLER, T. I., *The benefits of psychotherapy*, Baltimore, John Hopkins University, 1980.
- (15) GARFIELD, S. L., «Issues and methods in psychotherapy process research», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, 3, pp. 273-280.
- (16) REDER, P.; TYSON, R. L., «Patient dropout from individual psychotherapy: A review and discussion», *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1980, 44, 3.
- (17) SILVERMAN, W. H., «Investigating the drop-out phenomenon in community mental health centers», *Qual. Rev. Bull.*, 1982, 8, 5, pp. 3-6.
- (18) LERNER, Y. y otros, «Utilization patterns of community mental health services by newly referred patients», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1993, 28, 1, pp. 17-22.
- (19) CASTAÑEDA SANZ, I. y otros, «Estudio sobre el abandono de la demanda de tratamiento en un equipo de Salud Mental», *Maristán*, 1992, 1, 3, pp. 25-32.
- (20) CASTILLO, J. A.; POCH, J., *La efectividad de la psicoterapia. Métodos y resultados de la investigación*, Barcelona, Hogar del libro, 1991.

*Agradecimientos:* Agradecemos la ayuda de las Dras. Yolanda Gómez y Natalia Sánchez, así como a los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

\* Eva Fernández, M.<sup>a</sup> Concepción Larre, Ana Jesús Rodríguez: Psicólogas.

*Correspondencia:* M.<sup>a</sup> Concepción Larre, Plaza de la Paz, 8, 6.<sup>º</sup> A, 33006 Oviedo.

\*\* Fecha de recepción: 24-I-1995.