

Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad

Adherence to Psychotherapy in Patients With Anxiety Disorders

Mariana Krebs, Luz María González, Amparo Rivera, Pablo Herrera y Francisca Melis
Pontificia Universidad Católica de Chile

El estudio tuvo por objetivo detectar los factores de riesgo para la adherencia a psicoterapia en una muestra intencionada de 188 pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, ingresados al Programa de Trastornos por Ansiedad de un centro de salud mental en Santiago de Chile entre los años 2005 y 2009. Se examinaron las variables sexo, nivel socioeconómico (NSE), nivel de ansiedad inicial medido por la escala de Hamilton, comorbilidad con trastorno depresivo, presencia de coterapia farmacológica, existencia de tratamientos anteriores, inasistencias avisadas y no avisadas previamente a sesión de psicoterapia y nivel de experiencia del terapeuta. Utilizando χ^2 , el test exacto de Fisher, *t* de Student para muestras independientes y regresión logística, se encontró que el NSE, el nivel de ansiedad inicial y las inasistencias sin previo aviso del paciente se asociaron con la adherencia a psicoterapia.

Palabras clave: adherencia, trastornos de ansiedad, psicoterapia

The goal of this study was to detect the risk factors for adherence to psychotherapy in patients with anxiety disorders. The sample consists of 188 subjects who entered the Anxiety Disorders Program of a mental health center in Santiago, Chile during the 2005-2009 period. The variables examined were sex, socioeconomic status (SES), initial anxiety level according to the Hamilton Scale, comorbidity with depressive disorder, presence of pharmacological co-therapy, existence of prior treatments, absences from the therapeutic sessions with and without prior notice from the patient, and the therapists' expertise level. Using the χ^2 test, Fisher's exact test, Student's *t* test for independent samples and logistic regression, it was found that SES, initial anxiety level, and absences from the therapeutic sessions without prior notice from the patient were associated with adherence to psychotherapy.

Keywords: adherence, anxiety disorders, psychotherapy

Existen múltiples definiciones de abandono y adherencia en psicoterapia, lo cual constituye un primer problema en su estudio. Sin embargo, hay coincidencia respecto de la comprensión del abandono como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos (Gavino & Godoy, 1993). Como contraparte, la adherencia correspondería a la participación del tratamiento hasta alcanzar los objetivos terapéuticos. En algunos estudios se ha definido abandono terapéutico como la terminación unilateral del tratamiento, mientras que la adherencia ha sido entendida como el seguimiento del tratamiento hasta una terminación acordada entre terapeuta y paciente (Pina, Silverman, Weems, Kurtines & Goldman, 2003).

La baja adherencia a la psicoterapia constituye un tema relevante a estudiar, dada su alta prevalencia y sus repercusiones sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos en pacientes con problemas de salud mental (Issakidis & Andrews, 2004; Killaspy, Banerjee, King & Lloyd, 2000). Estudios poblacionales estiman que en contextos clínicos entre un 30 y un 50% de los ingresados para ser tratados o bien no comienzan el tratamiento o lo abandonan (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007; Killaspy et al., 2000; Macharia, Leon, Rowe, Stephenson &

Mariana Krebs, Luz María González, Amparo Rivera, Pablo Herrera y Francisca Melis, Centro de Salud Mental, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Mariana Krebs, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile. E-mail: mkrebs@uc.cl

Haynes, 1992). Otros estudios mencionan que entre un 30 y un 60% de los pacientes termina anticipadamente sus procesos terapéuticos (Berghofer, Schmidl, Rudas, Steiner & Schmitz, 2002; Lambert, 2004), con un promedio de abandono de 46,8% (Wierzbicki & Pekarik, 1993) y un número promedio aproximado de seis sesiones (Lambert, 2004).

Entre los problemas psicológicos por los cuales los pacientes consultan, los trastornos de ansiedad ocupan un lugar preponderante. Según un estudio reciente sobre la población en Chile (Vicente et al., 2006), un tercio de la población ha presentado en su vida algún trastorno psiquiátrico y un 22,2% lo ha tenido en los últimos 12 meses. Entre los más comunes se encuentran la agorafobia (11,1%), fobia social (10,2%), fobia simple (9,8%), trastorno depresivo mayor (9,2%) y dependencia al alcohol (6,4%), pudiendo apreciarse que los tres trastornos de mayor prevalencia en la población chilena constituyen trastornos de ansiedad. Estudios existentes muestran que más de la mitad de los pacientes ansiosos que son ingresados a psicoterapia no comienza el tratamiento o deserta (Coles, Turk, Jindra & Heimberg, 2004; Morlino, Martucci, Musella, Bolzan & de Girolamo, 1995). No obstante lo anterior, existen pocos estudios de adherencia focalizados en trastornos de ansiedad, especialmente en contextos de atención clínica (Issakidis & Andrews, 2004).

Aunque existe gran cantidad de publicaciones relacionadas con la adherencia, estas presentan limitaciones que justifican seguir investigando el tema. Entre las principales están, en primer lugar, las divergencias y resultados equívocos respecto de los predictores encontrados (Issakidis & Andrews, 2004; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Asimismo, se han reportado problemas metodológicos de los estudios, tales como diseños poco adecuados para el estudio de la temática, ausencia de análisis multivariados, no considerar efectos de interacción, muestras poco representativas y disparidades al momento de operacionalizar la variable adherencia, por ejemplo, no diferenciando entre quienes abandonan prematuramente y quienes rechazan inicialmente la psicoterapia (Flick, 1988; Harris, 1998; Kendall & Sugarman, 1997; Steketee & Chambless, 1992; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Una última limitación guarda relación con la perspectiva teórica o tipo de tratamiento, ya que los estudios realizados hasta el momento abordan la temática desde la orientación terapéutica cognitivo-conductual, dado que esta se señala como la más efectiva para el trabajo con la problemática ansiosa (Barlow & Cerny, 1988; Foa, Keane & Friedman, 2000).

Considerando lo anterior, el estudio que se reporta buscó aportar a la comprensión de la adherencia en psicoterapia, centrándose en personas con trastornos de ansiedad, analizando diversos factores asociados al tratamiento, al terapeuta y al paciente. La identificación de factores de riesgo y/o protectores para la adherencia resulta relevante, por cuanto: (a) permite orientar respecto de las medidas necesarias que deben adoptarse en el tratamiento de pacientes ansiosos para favorecer su terminación del tratamiento y (b) permite aportar a la toma de decisión relativa a qué pacientes podrán beneficiarse más de un tratamiento psicoterapéutico y quiénes podrían requerir otro tipo de intervención.

Tomando en cuenta las limitaciones de las publicaciones ya reportadas, en este estudio se realizó un análisis multivariado, explorando posibles efectos de interacción, diferenciando el abandono del rechazo inicial y considerando diversos factores predictores encontrados en la literatura. Asimismo, constituye una novedad el abordaje de esta temática bajo una modalidad de psicoterapia de orientación integrativa, que combina técnicas cognitivo-conductuales en el contexto de un abordaje psicodinámico orientado a resolver conflictos y patrones relacionales disfuncionales.

Factores Predictores de la Adherencia y Abandono a la Psicoterapia

A pesar de los diferentes resultados que se reportan en los estudios, la mayoría ha investigado factores similares, entre los cuales se incluyen variables sociodemográficas, clínicas, relativas al tratamiento y relativas al terapeuta.

En cuanto a las variables sociodemográficas, aparece un amplio acuerdo respecto a que el nivel socioeconómico (NSE) estaría asociado con el abandono terapéutico, siendo los pacientes de NSE bajo quienes abandonan en mayor proporción el tratamiento (Reis & Brown, 1999). Respecto de la edad y género, no se han encontrado resultados consistentes (Bryant et al., 2007; Lambert, 2004; Milicic & Gorostegui, 1993; Mukherjee et al., 2006; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Para entender algunos de estos hallazgos se puede recurrir a investigaciones recientes (Johnson, Richeson & Finkel, 2011), las que han postulado que las operaciones de autorregulación consumen un recurso llamado *fuerza yoica*, el que se agota y debe volver a renovarse. Esto quiere decir que, cuando las personas ejercen funciones de autocontrol o toma de decisiones, subsecuentemente son menos exitosas en mantener esfuerzos que requieren fuerza de voluntad, incluso en ámbitos no relacionados. Llevándolo a la variable NSE, se podría suponer que las personas de NSE bajo viven bajo un nivel de estrés y en condiciones de vida que implican un ejercicio constante de autocontrol, lo que les dejaría menor fuerza yoica disponible para otras actividades, como mantener un proceso psicoterapéutico. De acuerdo a lo anterior, para este estudio se formuló la hipótesis 1: a mayor NSE mayor es la adherencia a psicoterapia.

En cuanto a la dimensión clínica, las variables relativas al diagnóstico y a la severidad de la sintomatología no presentan una asociación clara con la adherencia a psicoterapia (Lambert, 2004). En el caso de la sintomatología ansiosa, hay estudios que señalan que a mayor sintomatología ansiosa mayor probabilidad de abandono, mientras que otros señalan lo contrario (Issakidis & Andrews, 2004). Existen dos modelos en el ámbito de la psicología social que pueden dar luces para entender esta falta de acuerdo. Debido a que este es un tema de especial interés para este estudio, estos serán abordados con mayor profundidad.

El primero afirma que el nivel de alarma o miedo de una persona se relaciona con su tendencia a movilizarse al respecto. Sin embargo, esta relación no es lineal. Se ha observado que un alto nivel de miedo se relaciona con la acción solo cuando la persona tiene claras instrucciones sobre cómo enfrentar el peligro y reducir el miedo, ya que, cuando no posee estas estrategias el miedo hace que la persona tienda a evitar el problema en vez de movilizarse hacia resolverlo (Cameron & Leventhal, 1995; Leventhal, 1970). De la misma forma, en un contexto clínico el aumento de la sintomatología puede relacionarse con el compromiso y adherencia del paciente si la modalidad de terapia aplicada incluye estrategias claras de reducción de la ansiedad. En caso contrario, por ejemplo, en procesos que abren temas conflictivos y en los que en un comienzo el paciente no experimenta una reducción sintomática, es imaginable que el paciente más ansioso tienda a abandonar la terapia.

El segundo modelo que puede iluminar esta discrepancia es el que plantea que la relación entre el nivel de activación-estrés y el desempeño del sujeto no es lineal para las tareas complejas. Según la ley de Yerkes-Dodson, cuando el estrés es muy leve, no moviliza lo suficiente, mientras que cuando es demasiado alto, paraliza y dificulta la acción (Landers, 2007). Extrapolando a la psicoterapia, se podría hipotetizar que si un paciente tiene muy poca ansiedad no tiene suficiente motivación para consultar y si su ansiedad es demasiado alta, el trabajo terapéutico puede ser demasiado ansiógeno y desertará (especialmente si apunta a abrir temas conflictivos). Por lo anterior, se formuló la hipótesis 2: a mayor nivel de ansiedad antes o al comienzo del proceso terapéutico menor es la probabilidad de adherir al tratamiento.

En relación al nivel de sintomatología general, en ciertos estudios enfocados en adultos se menciona que los pacientes que abandonan el tratamiento son más sintomáticos (Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie, 1999; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou & Thrasher, 1998) y presentan un mayor nivel de gravedad y cronicidad (Porcel, 2005). Por otra parte, en otros estudios se señala que una mayor sintomatología depresiva previa al tratamiento en pacientes adultos con diagnóstico de trastorno de ansiedad estaría asociada con abandono terapéutico, mientras que la sintomatología ansiosa previa, específicamente la ansiedad social, no tendría relación con la adherencia (Issakidis & Andrews, 2004; Ledley et al., 2005). Respecto de la asociación entre comorbilidad con depresión y abandono, una posible explicación tiene que

ver con el fenómeno de la desesperanza, síntoma característico, pero no presente en todos los casos (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). De estar presente, se puede pensar que influirá en la tendencia a abandonar tratamientos que requieren un esfuerzo sostenido. Por ello, se formuló la hipótesis 3: la existencia de comorbilidad con cuadros depresivos aumenta la probabilidad de abandonar el tratamiento.

En lo relativo al tratamiento, cabe considerar también la coterapia de tratamiento psicológico y tratamiento psiquiátrico o la presencia de tratamiento psiquiátrico previo. En algunos estudios se señala que haber tenido tratamiento psiquiátrico previo estaría asociado a una menor probabilidad de abandono del tratamiento (Morlino et al., 1995), lo mismo que estar en coterapia de tratamiento psiquiátrico y psicológico (Edlund et al., 2002), especialmente si el paciente comienza con los medicamentos al inicio del tratamiento y no de forma más tardía (Percudani, Belloni, Contini & Barbui, 2002). Para comprender esta relación se podría pensar que la coterapia, de ser exitosa, disminuiría los síntomas, lo que, a su vez, podría disminuir el compromiso con la terapia (si el paciente deja de sentirse suficientemente mal como para motivar el tratamiento) o aumentarlo (si el paciente logra notar algunos avances, motivándolo a continuar). De esto se desprendió la hipótesis 4 del estudio: pacientes que están en coterapia (psiquiatría) tienden a presentar una mejor adherencia que pacientes que no tienen tratamiento psiquiátrico.

Por otra parte, en algunos estudios se menciona que los pacientes que abandonan tienden a presentar mayor cantidad de tratamientos psicológicos previos que aquellos que completan los tratamientos (Marks et al., 1998). Esto se puede explicar pensando que quienes tienen mayor cantidad de tratamientos previos son en general pacientes con trastornos de larga data, los que suelen ser catalogados como “pacientes difíciles” (Herrera et al., 2009). De acuerdo a lo anterior, la hipótesis 5 formulada fue: pacientes con tratamientos previos tienen peor adherencia a un nuevo proceso terapéutico.

En relación con la motivación y compromiso del consultante, se ha encontrado que el ausentarse a una cita sin cancelarla previamente predice una mayor tasa de abandono (Killaspy et al., 2000) y que aproximadamente el 50% de los pacientes que presentan inasistencias sin avisar termina abandonando el tratamiento (Mitchell & Selmes, 2007). Lo anterior se puede entender considerando que tanto adherir como avisar anticipadamente una inasistencia son indicadores de motivación activa y compromiso del paciente hacia el proceso y hacia el terapeuta, los factores que más se han asociado con el éxito terapéutico (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Por ello, se formuló la hipótesis 6: los pacientes que adhieren al tratamiento tienden a avisar más sus inasistencias, en comparación con quienes desertan.

En cuanto a la dimensión relativa al terapeuta y su posible asociación con la adherencia a la psicoterapia en pacientes ansiosos, por lo general ha habido una tendencia a responsabilizar al paciente por la adherencia, estudiando en menor medida variables relativas al terapeuta. Sin embargo, en el contexto de la investigación sobre la alianza paciente-terapeuta se empiezan a considerar variables del terapeuta y de su relación con el paciente que pueden estar asociadas con la adherencia (Mukherjee et al., 2006). Aunque la asociación entre experiencia del terapeuta y éxito del proceso terapéutico es controversial (Stein & Lambert, 1984), la evidencia actual indica que los terapeutas más experimentados tendrían menores tasas de abandono prematuro de parte de sus pacientes (Swift & Greenberg, 2012). De acuerdo a esto, se formuló la hipótesis 7: los pacientes atendidos por terapeutas con mayor experiencia clínica adhieren mejor al proceso terapéutico que aquellos atendidos por terapeutas recién egresados de estudios superiores.

Método

Participantes

El presente estudio fue realizado en el contexto de un Programa de Trastornos de Ansiedad (PTA) de un centro de salud mental universitario. Los participantes del estudio fueron seleccionados entre los pacientes del PTA, considerando los siguientes criterios de inclusión: (a) ser paciente mayor de 14 años diagnosticado con un trastorno de ansiedad y (b) haber finalizado el proceso terapéutico bajo los términos acordados entre paciente y terapeuta o bien presentar un término anticipado y unilateral de la psicoterapia. Se excluyó a los pacientes que cumplieran con cualquiera de los siguientes criterios: presentar (a) daño orgánico, (b) trastorno psicótico, (c) demencia, (d) abuso o dependencia de sustancias o (e) retraso mental.

La muestra intencionada quedó compuesta por 188 participantes que formaron parte del programa durante los años 2005 y 2009. Respecto de las variables demográficas, un 66% correspondía al sexo femenino y un 34%, al masculino. La edad promedio de los pacientes era de 31 años ($DE = 11,2$), sin diferencia por sexo, con un rango de 17 a 73 años. El estado civil predominante fue soltero (54,3%) y el nivel educacional que predominaba era el universitario (55,9%). En cuanto a la forma en que llegaron a consultar, un 31,4% de los pacientes consultó espontáneamente, mientras que los restantes procedían de otras fuentes de derivación, principalmente de la Unidad de Psicoterapia de Adultos (39,4%), de Psiquiatría (10,6%) y de otros servicios de la red de salud (6,9%).

En relación a la distribución de los diagnósticos de ansiedad, un 31,4% presentaba trastorno de angustia como diagnóstico principal, 30,9% trastorno de ansiedad no especificado, 10,6% fobia social, 9% trastorno de ansiedad generalizada, 8% trastorno obsesivo compulsivo, 6,4% síndrome ansioso, 2,1% trastorno por estrés postraumático y un 1,6% fobia específica.

Instrumentos

Para recolectar la información usada en este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

Ficha clínica. Se aplicó para la muestra completa de 188 pacientes y se usó para rescatar la siguiente información:

Adherencia del paciente: Se entendió por pacientes que adhieren a tratamiento a aquellos que han sido dados de alta, puesto que cumplen con los siguientes criterios definidos según el modelo de atención del programa: (a) haber finalizado la cantidad de sesiones acordadas con el terapeuta tratante, que fluctuaron entre 10 y 24 sesiones, dependiendo de la evaluación inicial, y (b) haber alcanzado los objetivos terapéuticos construidos inicialmente entre terapeuta y paciente. Se entendió por pacientes que abandonan el tratamiento a aquellos que hubieren interrumpido y/o desertado de su tratamiento unilateralmente, antes de haber alcanzado los objetivos y/o asistido a las sesiones acordadas inicialmente con el terapeuta, ya sea avisando o no al terapeuta tratante.

Sexo del paciente: (a) masculino o (b) femenino.

Coterapia: Se evaluó si el paciente (a) se encontraba bajo tratamiento farmacológico, con atención psiquiátrica conjunta a la atención psicológica, distinguiéndose también entre (b) quien no tiene farmacoterapia actual y (c) quien ha interrumpido su tratamiento farmacológico.

Tratamientos previos en el Centro: Se consideró si antes de iniciar la psicoterapia en el PTA los pacientes (a) habían realizado o (b) no otros tratamientos en el Centro, buscando indagar la cronicidad del cuadro que presentaban los consultantes.

Número de inasistencias en que el paciente avisa y no avisa: Se evaluó en cuántas de las citaciones a las que el paciente no asistió este informó previamente al tratante acerca de que no podría asistir, y en cuántas ocasiones no llegó a la sesión sin aviso previo. Además, se diferenció entre quienes *nunca* avisaron sus inasistencias (51 personas), quienes las avisaron hasta en un 50% de las ocasiones —*a veces*— (47 personas), quienes las avisaron entre un 51 y 99% de las veces —*generalmente*— (30 personas) y quienes las avisaron el 100% de las veces —*siempre*— (34 personas). Finalmente, se distinguió a quienes no presentaban inasistencias (23 personas).

Experiencia del terapeuta tratante: Se contempló si el tratante correspondía a (a) un alumno de psicología en práctica, a (b) un pasante (psicólogo profesional recién egresado) o a (c) un psicólogo del Programa (psicólogo con tres o más años de experiencia clínica).

Parental Bonding Instrument (PBI). Este instrumento, creado para evaluar la percepción actual del paciente de sus vínculos con figuras de apego en la infancia (Melis et al., 2001), contiene un apartado estandarizado para la población chilena que evalúa el NSE según el nivel educacional y ocupación del jefe de hogar, de acuerdo a la Escala de Estratificación de NSE de Himmel (1981, citado en Melis et al., 2001). Esta variable se categorizó en NSE (a) alto, (b) medio y (c) bajo. Esta información estaba disponible solamente para 57 pacientes (30% de la muestra).

Diagnóstico Clínico. El juicio clínico de psicólogos y psiquiatras con más de cinco años de experiencia se usó para evaluar la presencia o ausencia de comorbilidad diagnóstica en el eje I y II del DSM-IV. En el caso de pacientes que consultaron espontáneamente, se consideró el diagnóstico clínico que realizó un psicólogo del Centro durante la primera entrevista. Para los pacientes derivados de psiquiatría, el diagnóstico contemplado fue el que realizó el psiquiatra tratante. Esta información estaba disponible para los 188 pacientes de la muestra.

En el análisis se incluyó la (a) presencia o (b) ausencia de comorbilidad de trastorno de ansiedad con trastorno del ánimo en el Eje I.

Escala de Ansiedad de Hamilton. El nivel de ansiedad de los pacientes al consultar se evaluó mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton (1959). Es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Los puntajes oscilan entre 0 y 56 puntos, considerándose los siguientes puntos de corte recomendados: (a) 0-5 *no ansiedad*, (b) 6-14 *ansiedad leve*, (c) 15-30 *ansiedad moderada* y (d) ≥ 31 *ansiedad grave*. En población clínica de Estados Unidos presenta una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86), la concordancia entre distintos evaluadores con entrenamiento en su utilización es adecuada ($r = 0,74$ a $0,96$) y distingue entre pacientes con ansiedad y controles sanos.

Para efectos de los análisis, se consideraron tres categorías de severidad de la sintomatología ansiosa: (a) no ansiedad/ansiedad leve, (b) ansiedad moderada y (c) ansiedad grave.

Se contó con esta medida en 65 pacientes, correspondientes a un 34,6% de la muestra.

Procedimiento

La terapia impartida en el PTA utiliza un enfoque integrativo que parte con un periodo de diagnóstico de dos a cinco sesiones. Posteriormente se incluyen técnicas cognitivo-conductuales —como reestructuración cognitiva y exposición en vivo— para trabajar la sintomatología ansiosa, en el marco de un abordaje que apunta a elaborar los conflictos precipitantes del trastorno y los patrones relacionales disfuncionales que tienden a perpetuarlo, bajo un marco comprensivo psicodinámico.

El procedimiento que se siguió con los pacientes de la muestra contempló una primera atención, realizada por un profesional psicólogo con experiencia, en la que se registraron los datos sociodemográficos y clínicos del paciente. Durante esta primera entrevista todos los pacientes firmaron un consentimiento informado respecto de la posibilidad de que la información de su proceso terapéutico fuera utilizada para hacer investigación, resguardando la identidad del paciente y el material confidencial tratado durante las sesiones de psicoterapia. Posteriormente, entre la segunda y cuarta sesión, se aplicó el test de Hamilton para evaluar la severidad de la sintomatología ansiosa, y el test PBI, de donde se extrae la información del NSE. Además, se aplican otros instrumentos de psicodiagnóstico no utilizados en este estudio.

Debido a que el estudio se realizó en un contexto de atención clínica natural, sin un tratamiento manualizado, y con aplicación de instrumentos en distintas sesiones del proceso, hubo datos que no se recolectaron para toda la muestra. Algunas variables se recolectaron antes o en la primera sesión, mientras que otras (el grado de severidad de la sintomatología ansiosa mediante el test de Hamilton y el NSE a través del test PBI) se indagaron aproximadamente entre la segunda y cuarta sesiones. Como un 35% de los pacientes no llegó a la cuarta sesión, esto implicó que el grupo de pacientes que tiene la información de severidad de sintomatología ansiosa y NSE sea fundamentalmente distinto al grupo de pacientes del cual no se posee esa información (ver Tabla 1). Por ejemplo, de los 80 pacientes que asistieron entre ninguna y cuatro sesiones, el 93,8% corresponde al grupo de pacientes que no respondieron el test de Hamilton. Comparando ambos grupos, se encontraron las siguientes diferencias significativas: en comparación con quienes no tienen el test de Hamilton, quienes sí lo poseen tienen mejor adherencia, $\chi^2(1, N = 188) = 16,71, p < 0,001$, tienden a estar menos con tratamiento farmacológico, $\chi^2(2, N = 187) = 13,86, p = 0,001$, han tenido más frecuentemente tratamientos previos, $\chi^2(1, N = 187) = 4,23, p = 0,039$, son atendidos por profesionales de distintos niveles de formación, principalmente titulados, $\chi^2(2, N = 188) = 10,65, p < 0,001$, y avisan más sus inasistencias, $F(1, 65) = 9,93, p = 0,002$.

Tabla 1
Diferencias de Información de la Muestra

Grupo de la muestra	<i>n</i>	% que muestra buena adherencia	Promedio de sesiones asistidas
Muestra total	188	23	7,9
Tienen el test de Hamilton	65	42	12,6
No tienen test de Hamilton	123	14	5,3
Tienen dato sobre NSE	57	40	13,5

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se comparó a los sujetos que adhieren y a los que abandonan la psicoterapia en función de variables sociodemográficas, clínicas, del terapeuta y relativas al tratamiento, realizando una serie de análisis bivariados. Se utilizó la prueba de χ^2 para explorar la asociación entre las variables categóricas y la adherencia/abandono del tratamiento y para variables dicotómicas se empleó la prueba no paramétrica test exacto de Fisher. Para comparar los promedios de las variables continuas entre ambos grupos se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes, previa verificación de la normalidad de la distribución de las variables.

Posteriormente se realizó un análisis multivariado, para el cual se implementó un modelo de regresión logística, cuya variable dependiente fue la adherencia/abandono a psicoterapia y las variables independientes fueron aquellas que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado. Se consideraron significaciones estadísticas cuando el valor de *p* fue $< 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el SPSS versión 17.0.

Resultados

Primero se presentan los resultados descriptivos, tanto de la adherencia de los pacientes en general como diferenciando según las variables independientes incluidas. Luego se analiza el grado de relación entre cada uno de los predictores y la adherencia por separado, distinguiendo entre variables sociodemográficas, clínicas, del tratamiento y del terapeuta. Posteriormente se analizan de forma simultánea los predictores más asociados con la adherencia, buscando generar un modelo que ayude a predecir el perfil de paciente que tiene mayor o menor probabilidad de adherir al proceso terapéutico.

Resultados Descriptivos

Los 188 pacientes se distribuyen en un 23,4% que cumplen los criterios de adherencia a psicoterapia y un 76,6% que cumplen los criterios de abandono, por tanto, cabe mencionar que tres de cada cuatro sujetos de la muestra abandona la psicoterapia antes de consensuar el alta con el terapeuta (ver Tabla 2).

Tabla 2
Grupos de la Muestra, Según Adherencia o Abandono

Grupo	<i>N</i>	%	Media (sesiones)	<i>DE</i>
Adherencia	44	23,4	16,1	9,1
Abandono	144	76,6	5,3	4,9
Total	188	100,0	7,9	7,7

Con independencia del tipo de término, los pacientes permanecen en psicoterapia en promedio 7,9 sesiones (*DE* = 7,7), habiendo un 50% de pacientes que asisten hasta la quinta sesión. Además, presentan un promedio de 3,01 inasistencias (*DE* = 2,5) y un 42% de los pacientes falta a las citas entre tres y seis veces durante el tratamiento.

Los resultados descriptivos de todas las variables evaluadas se presentan en la Tabla 3 y las correlaciones entre ellas, en la Tabla 4.

Tabla 3
Resultados Descriptivos de Todas las Variables

Tipo de variable	Variable	Distribución	% que adhiere	% que abandona
Sociodemográfica	NSE	Alto = 5	100	0
		Medio = 37	35	65
		Bajo = 15	33	67
Clínica	Sexo	Masculino = 65	31	69
		Femenino = 123	19	81
		Comorbilidad con trastorno del ánimo	Presenta = 43	16
Clínica	Severidad	No presenta = 145	25	75
		Sin o leve ansiedad = 13	85	15
		Ansiedad moderada = 33	39	61
Clínica	Coterapia	Ansiedad grave = 19	16	84
		Con tratamiento = 91	24	76
		Sin tratamiento = 81	25	75
Tratamiento	Tratamientos previos	Tratamiento interrumpido = 15	13	87
		Con tratamientos previos = 117	25	75
		Sin tratamientos previos = 70	20	80
Tratamiento	Aviso a inasistencia	Nunca avisa = 51	6	94
		Avisa a veces = 47	11	89
		Avisa generalmente = 30	23	77
Terapeuta	Experiencia	Siempre avisa = 34	56	44
		No presenta inasistencias = 23	39	61
		Psicólogo programa = 71	20	80
Terapeuta	Experiencia	Psicólogo pasante = 80	24	76
		Alumno en práctica = 37	30	70
Total		188	23	77

Tabla 4
Correlaciones Entre las Variables

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Adherencia									
2 Sexo	0,126								
3 Comorbilidad ánimo	-0,092	-0,076							
4 Coterapia	-0,005	0,041	0,129						
5 Tratamientos previos	0,136	0,097	-0,038	0,077					
6 Experiencia terapeuta	-0,085	0,019	0,055	0,054	0,077				
7 Nivel socioeconómico	0,255	0,024	0,125	0,184	-0,033	-0,021			
8 Severidad Hamilton	-0,471**	-0,249*	0,189	-0,055	-0,189	0,076	-0,032		
9 N° inasistencias no avisadas	0,231**	0,098	-0,027	-0,004	0,208**	-0,042	0,134	-0,147	
10 N° inasistencias avisadas	-0,276**	0,114	0,192**	0,025	-0,076	0,080	0,064	0,227	0,153*

Nota. * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$

Análisis Bivariado

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. Al evaluar la hipótesis 1, relacionada con el NSE, hubo diferencias entre los pacientes adherentes y no adherentes, $\chi^2(2, N = 57) = 8,11, p = 0,01$. Mientras el 100% de los pacientes de NSE alto adhiere a la psicoterapia, solo lo hace el 35,1% de los de NSE medio y el 33,3% de los de NSE bajo. Por lo tanto, se puede afirmar que hay una asociación entre NSE y adherencia: los pacientes de NSE alto tienden a adherir más que los de otros NSE.

Además se analizó si el sexo del paciente mostraba una asociación con la adherencia; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas, $\chi^2(1, N = 188) = 2,32, p = 0,128$.

VARIABLES CLÍNICAS. Analizando la ansiedad inicial del paciente como variable ordinal, se observó una asociación entre esta y la adherencia a psicoterapia, $\chi^2(2, N = 65) = 15,18, p < 0,001$. El 85% de los pacientes sin ansiedad o con ansiedad leve presenta buena adherencia, mientras que solo adhiere el 39% del grupo de ansiedad moderada y solamente el 16% de quienes tienen ansiedad grave (ver Tabla 5).

Tabla 5
Ansiedad Inicial y Adherencia a Psicoterapia

Nivel de ansiedad (rangos Hamilton)	Adherencia	Abandono	Total
Sin ansiedad y ansiedad leve	11 84,6%	2 15,4%	13 100%
Ansiedad moderada	13 39,4%	20 60,6%	33 100%
Ansiedad grave	3 15,8%	16 84,2%	19 100%

Analizando el nivel de ansiedad inicial como una variable continua, también se observó una diferencia entre los pacientes que adhieren y los que abandonan, $t(63) = 4,01, p < 0,001, d = 1,01, 95\% \text{ IC } [4,85, 14,50]$. En efecto, el grupo de pacientes que abandonan presenta un promedio de ansiedad significativamente mayor ($M = 28,87, DE = 9,47, n = 38$) que los pacientes que adhieren ($M = 19,19, DE = 9,75, n = 27$). Estos resultados apoyan la hipótesis 2 del estudio, en el sentido de que a mayor nivel de ansiedad antes o al comienzo del proceso terapéutico menor es la probabilidad de adherir al tratamiento.

Por otra parte, respecto de la hipótesis 3, relativa a la asociación entre la adherencia del paciente y su comorbilidad con cuadros depresivos (observada en un 22,9% de la muestra), no se encontró una asociación significativa, $\chi^2(1, N = 187) = 0,88, p = 0,348$.

VARIABLES DEL TRATAMIENTO. No se encontró evidencia para apoyar las hipótesis 4 y 5 del estudio, ya que ni la presencia y tipo de coterapia, $\chi^2(2, N = 187) = 0,92, p = 0,631$, ni la presencia de tratamientos previos, $\chi^2(1, N = 187) = 0,67, p = 0,413$, mostraron una asociación significativa con la adherencia o abandono terapéutico del paciente.

Por otro lado, sí se encontró apoyo para respaldar la hipótesis 6, respecto de que quienes adhieren tienden a avisar más sus inasistencias. El grupo de pacientes adherentes presenta más inasistencias avisadas ($M = 2,54$, $DE = 1,89$, $n = 37$) que los que abandonan el tratamiento ($M = 1,39$, $DE = 1,52$, $n = 130$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa, $t(165) = -3,81$, $p < 0,001$, $d = 0,67$, 95% IC [-1,74, -0,55]. Respecto de las inasistencias no avisadas, los pacientes que abandonan el tratamiento las presentan en mayor número ($M = 1,86$, $DE = 1,62$, $n = 130$) que los adherentes ($M = 0,78$, $DE = 1,08$, $n = 37$), nuevamente mostrando una diferencia estadísticamente significativa, $t(165) = 3,79$, $p < 0,001$, $d = 0,78$, 95% IC [0,52, 1,64]. En síntesis, quienes adhieren tienen más inasistencias avisadas y menos inasistencias no avisadas, en comparación con los que abandonan el tratamiento.

Agrupando a los pacientes según el porcentaje de aviso de sus inasistencias, se observó que del grupo de pacientes que nunca avisan previamente sus inasistencias solamente el 6% presenta buena adherencia, remontando esta al 11% de los que avisan a veces y subiendo al 23% cuando los pacientes generalmente avisan. Esta cifra asciende a un 56% entre los pacientes que siempre avisan previamente sus inasistencias. La asociación entre estas variables fue significativa, $\chi^2(3, N = 162) = 35,12$, $p < 0,001$. Cabe observar que de los pacientes que no presentan inasistencias, el 39% muestra buena adherencia.

Variable del terapeuta. Finalmente, respecto de la hipótesis 7, no se encontró una asociación significativa entre la experiencia del terapeuta y la adherencia a psicoterapia, $\chi^2(2, N = 188) = 1,96$, $p = 0,375$.

Análisis Multivariado

Se ejecutó el análisis de regresión logística considerando como variables independientes el nivel de ansiedad inicial (dicotomizando la variable para diferenciar entre los pacientes que mostraron ansiedad baja o nula versus moderada o grave), las inasistencias avisadas y las inasistencias no avisadas previamente, puesto que presentaron mayor asociación con la adherencia a psicoterapia. Aun cuando el NSE también mostró una asociación con la adherencia, se decidió no incluirlo en el modelo debido a que solo el 30% de la muestra contaba con información al respecto. El modelo resultó estadísticamente significativo ($p < 0,001$), con un R^2 de Nagelkerke = 0,49.

Las tres variables incluidas mostraron efectos significativos sobre la adherencia. El nivel de ansiedad inicial es la variable que se asocia con mayor riesgo de abandono (ODD = 9,02, $p = 0,038$), apreciándose que los pacientes con un nivel de ansiedad moderado o grave tienen nueve veces más riesgo de abandonar el tratamiento que los sujetos que presentan ansiedad leve o ausencia de ansiedad.

Asimismo, la variable de las inasistencias avisadas previamente resultó ser un factor protector para la adherencia del tratamiento (ODD = 0,59, $p = 0,026$). Es decir, de aquellos pacientes que avisan sus inasistencias, en promedio el 41% adhiere al tratamiento. Complementariamente, la variable de inasistencias no avisadas resultó ser un factor de riesgo para el abandono (ODD = 2,33, $p = 0,005$). Por tanto, existe 2,3 veces más riesgo de abandonar la terapia por cada inasistencia no avisada previamente (Ver Tabla 6).

Se probaron diversas interacciones sin resultar estadísticamente significativas.

Tabla 6
Regresión Logística

Variable independiente	B	ET	Wald	gl	p	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Nivel de ansiedad	2,199	1,061	4,299	1	0,038	9,020	1,128	72,148
Inasistencias avisadas	-0,523	0,234	4,989	1	0,026	0,593	0,374	0,938
Inasistencias sin aviso	0,847	0,301	7,888	1	0,005	2,332	1,292	4,210
Constante	-1,468	0,990	2,197	1	0,138	0,230		

Notas. El modelo presenta un $\chi^2(3, N = 65) = 26,74, p < 0,001$. Variables introducidas en el paso 1: Nivel de ansiedad según Escala de Hamilton, Inasistencias avisadas, Inasistencias sin aviso.

Conclusiones y Discusión

Al indagar la asociación de variables sociodemográficas, clínicas, del tratamiento y del terapeuta con la adherencia a terapia en pacientes con trastornos de ansiedad, se pudo observar que variables de la dimensión clínica y del tratamiento son las que están más fuertemente asociadas con la adherencia y que permiten su predicción. Por otro lado, contrario a lo hipotetizado en base a lo revisado en estudios anteriores, se observó que una serie de variables no presentó asociación con la adherencia. El sexo, la comorbilidad diagnóstica con cuadros depresivos, la participación de los pacientes en coterapia, la presencia de tratamientos previos y la experiencia clínica del terapeuta no mostraron diferencias significativas entre los pacientes con buena y mala adherencia al tratamiento.

Coincidentemente con estudios anteriores, sí se observó una asociación entre la adherencia y la severidad de la sintomatología ansiosa (Issakidis & Andrews, 2004). Sin embargo la dirección de esta relación aparece contraria a la observada en el estudio revisado de Isaakidis y Andrews (2004). No obstante, es coincidente con observaciones de otras investigaciones que reportan que un mayor nivel de sintomatología prediría más altas tasas de abandono (Bryant et al., 1999; Marks et al., 1998).

Para interpretar estos resultados es necesario considerar dos factores. Por un lado, al diferenciar entre estrés leve, moderado y grave, se observó que a medida que aumenta el nivel de ansiedad aumenta la probabilidad de presentar mala adherencia, lo que resulta contrario a lo esperable siguiendo la Ley de Yerkes-Dodson, que propone que un nivel de estrés moderado es óptimo, a diferencia de uno leve y uno alto. Por otro lado, considerando el modelo de Leventhal, que plantea que el miedo es movilizador solo cuando se tienen directrices claras para afrontarlo, es posible que la modalidad de psicoterapia practicada con los participantes de este estudio permita entender la relación observada entre ansiedad y adherencia. El modelo terapéutico utilizado tiende a abrir temáticas conflictivas y ocupa las primeras sesiones en un diagnóstico comprensivo, por lo cual es hipotetizable que los pacientes con montos más altos de angustia no hayan encontrado el alivio sintomático esperado y, al contrario, hayan desertado temiendo que asistir a terapia aumentaría su ansiedad.

Lo anterior resulta relevante, dado que permite formular lineamientos de intervención y tratamiento que podrían abordar de manera más efectiva la severidad sintomática para

prevenir el abandono terapéutico. En primera instancia, resulta crucial realizar un adecuado manejo del paciente que incluya una evaluación psiquiátrica y un foco terapéutico dirigido al alivio sintomático. Un paciente que reciba contención, apoyo y dirección relativa a cómo manejar, tolerar y disminuir su sintomatología podría aumentar sus probabilidades de adherir adecuadamente al tratamiento. Por otra parte, en los casos en que el paciente es derivado por un psiquiatra, la derivación realizada en un momento en que el paciente esté menos sintomático podría permitir una mejor adherencia a la psicoterapia.

El aviso de inasistencias a las sesiones de psicoterapia también mostró una asociación con la adherencia, lo que concuerda con investigaciones previas (Killaspy et al., 2000; Mitchell & Selmes, 2007). Lo anterior permite hipotetizar que los pacientes que adhieren a psicoterapia son aquellos más implicados con su proceso y/o con su terapeuta, dado que se preocupan de dar aviso cuando no les es posible asistir a una sesión previamente acordada. Estos resultados se relacionan con los estudios que afirman que la variable que mejor predice la adherencia y el éxito de la terapia tiene relación con el compromiso del paciente, ya sea evaluado como disposición y motivación inicial al cambio o como involucramiento y participación activa durante el proceso terapéutico (Lambert, 2004). Ante esto, se recomienda hacer una evaluación al inicio sobre el compromiso y motivación del paciente y, en el caso de pacientes con baja motivación inicial, realizar una intervención pre-tratamiento o preparatoria para trabajar las ambivalencias que presenta el paciente respecto del tratamiento y respecto de la posibilidad de cambio, por ejemplo, usando la metodología de Entrevista Motivacional (Slagle & Gray, 2007). Por otro lado, la intervención preparatoria debiera resaltar la relevancia de la persistencia en el tratamiento hasta que se observen resultados, dado que los pacientes pueden desmotivarse en el punto en que aún no aprecian cambios. Finalmente, sería importante considerar el no aviso previo de inasistencias como una señal de que puede ser necesario abordar activamente la motivación y compromiso del paciente con el proceso psicoterapéutico.

En base a lo anteriormente mencionado y sumando la única variable sociodemográfica que mostró una relación con el abandono —el NSE—, es posible esbozar un perfil del paciente con mayor riesgo de abandonar el tratamiento, que pudiera prevenir posibles deserciones, por cuanto dirige la atención a características clínicas y del tratamiento cuyo adecuado abordaje resulta central. El perfil clínico de los pacientes que tienden a no adherir o no terminar satisfactoriamente la terapia es de mayor ansiedad al inicio del proceso, ausencia de aviso previo de inasistencias a las sesiones y un NSE más bajo.

Cabe mencionar algunas limitaciones del estudio. Una de ellas es que no se contó con la medida de la severidad de la sintomatología ansiosa y del NSE para el total de los pacientes de la muestra, por lo que estas variables no se conocen en el subgrupo que tuvo menor adherencia. Además, es importante considerar que la definición operacional de *adherencia* utilizada implica tener el *alta terapéutica*, mientras que en otros estudios es posible que se diferencien ambos constructos.

Al explorar predictores de abandono, es fácil caer en profecías autocumplidoras en las que el terapeuta desarrolla una postura a priori sobre ciertos pacientes “difíciles”. Por ello, el énfasis de este tipo de estudios debe estar en comprender lo que puede hacer que un paciente abandone prematuramente la psicoterapia, de modo de ayudarlo a completar el proceso o encontrar un método de ayuda más apropiado para sus necesidades. Para los pacientes con trastornos de ansiedad el ingreso a una psicoterapia muchas veces supone un verdadero “salto de fe”, exponiéndose a lo que temen y dejando de lado sus mecanismos de evitación y protección personal. Es por esto que con esta población es especialmente importante que los terapeutas puedan brindar un ambiente contenedor y facilitador, combinando la exploración con la guía necesaria para que el paciente pueda desarrollar confianza y comprometerse en un proceso de por sí ansiógeno.

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
- Bados, A., Balaguer, G. & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 585-592. doi:10.1002/jclp.20368
- Barlow, D. H. & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York, NY: Guilford Press.
- Berghofer, G., Schmid, F., Rudas, S., Steiner, E. & Schmitz, M. (2002). Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 276-282. doi:10.1007/s001270200020
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Mastrodomenico, J., Hopwood, S., Felmingham, K. & Nixon, R. D. V. (2007). Who drops out of treatment for post-traumatic stress disorder? *Clinical Psychologist*, *11*, 13-15. doi:10.1080/13284200601178128
- Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M. & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 1780-1786.
- Cameron, L. D. & Leventhal, H. (1995). Vulnerability beliefs, symptom experiences, and the proposing of health threat information: A self-regulatory perspective. *Journal of Applied Social Psychology*, *25*, 1859-1883. doi:10.1111/j.1559-1816.1995.tb01821.x
- Coles, M. E., Turk, C. L., Jindra, L. & Heimberg, R. G. (2004). The path from initial inquiry to initiation of treatment for social anxiety disorder in an anxiety disorders specialty clinic. *Journal of Anxiety Disorders*, *18*, 371-383. doi:10.1016/S0887-6185(02)00259-1
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E. & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *The American Journal of Psychiatry*, *159*, 845-851. doi:10.1176/appi.ajp.159.5.845
- Flick, S. N. (1988). Managing attrition in clinical research. *Clinical Psychology Review*, *8*, 499-515. doi:10.1016/0272-7358(88)90076-1
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (Eds.) (2000). *Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies: Effective treatments for PTSD* (1^a ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Gavino, A. & Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, *19*, 511-536.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, *32*, 50-55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Harris, P. M. (1998). Attrition revisited. *American Journal of Evaluation*, *19*, 293-305. doi: 10.1177/109821409801900303
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N. & Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, *27*, 169-179. doi:10.4067/S0718-48082009000200003
- Issakidis, C. & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 426-433. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00264.x
- Johnson, S. E., Richeson, J. A. & Finkel, E. J. (2011). Middle class and marginal? Socioeconomic status, stigma, and self-regulation at an elite university. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100*, 838-852. doi:10.1037/a0021956
- Kendall, P. C. & Sugarman, A. (1997). Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 883-888. doi:10.1037/0022-006X.65.5.883
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M. & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance: Characteristics and outcome. *The British Journal of Psychiatry*, *176*, 160-165. doi:10.1192/bjp.176.2.160
- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5^a ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Landers, D. M. (2007). The arousal-performance relationship revisited. En D. Smith & M. Bar-Eli (Eds.), *Essential readings in sport and exercise psychology* (pp. 211-218). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ledley, D. R., Huppert, J. D., Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Keefe, F. J. & Potts, N. L. S. (2005). Impact of depressive symptoms on the treatment of generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *22*, 161-167. doi:10.1002/da.20121
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 5, pp. 119-186). New York, NY: Academic Press. doi:10.1016/S0065-2601(08)60091-X
- Macharia, W. M., Leon, G., Rowe, B. H., Stephenson, B. J. & Haynes, R. B. (1992). An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *267*, 1813-1817. doi:10.1001/jama.1992.03480130129038
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 317-325. doi:10.1001/archpsyc.55.4.317

- Melis, F., Dávila, M. A. & Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. & Gloger, S. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 39, 132-139. doi:10.4067/S0717-92272001000200005
- Milicic, N. & Gorostegui, M. E. (1993). Género y autoestima: un análisis de las diferencias por sexo en una muestra de estudiantes de educación general básica. *Psyche*, 2(1), 69-79.
- Mitchell, A. J. & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 423-434. doi:10.1192/apt.bp.106.003202
- Morlino, M., Martucci, G., Musella, V., Bolzan, M. & de Girolamo, G. (1995). Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 1-6. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09534.x
- Mukherjee, S., Sullivan, G., Perry, D., Verdugo, B., Means-Christensen, A., Schraufnagel, T. ... Roy-Byrne, P. P. (2006). Adherence to treatment among economically disadvantaged patients with panic disorder. *Psychiatric Services*, 57, 1745-1750. doi:10.1176/appi.ps.57.12.1745
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ª ed., pp. 307-389). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Percudani, M., Belloni, G., Contini, A. & Barbui, C. (2002). Monitoring community psychiatric services in Italy: Differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 254-259. doi:10.1192/bjp.180.3.254
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Weems, C. F., Kurtines, W. M. & Goldman, M. L. (2003). A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 701-705. doi:10.1037/0022-006X.71.4.701.
- Porcel, M. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta: Revista de Ciencias Sociales*, 14, 1-16.
- Reis, B. F. & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136. doi:10.1037/h0087822
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142. doi:10.1016/0272-7358(84)90025-4
- Slagle, D. M. & Gray, M. J. (2007). The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 329-337. doi:10.1037/0735-7028.38.4.329
- Steketee, G. & Chambless, D. L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387-400. doi:10.1016/0272-7358(92)90123-P
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I. & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1362-1370. doi:10.1176/appi.ajp.163.8.1362
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195. doi:10.1037//0735-7028.24.2.190

Fecha de recepción: Marzo de 2010.

Fecha de aceptación: Julio de 2012.