

# El abandono terapéutico

BUENO HEREDIA, A.\*; CÓRDOBA DOÑA, J. A.\*\*; ESCOLAR PUJOLAR, A.\*\*\*; CARMONA CALVO, J.\*\*\*\* y RODRÍGUEZ GÓMEZ, C.\*\*\*\*\*

\* Salud Mental de Distrito de Jerez de la Frontera (Cádiz). \*\* Programa de la ONG Medicus Mundi en Ecuador. \*\*\* Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. \*\*\*\* Equipo de Salud Mental de Distrito de Jerez de la Frontera (Cádiz). \*\*\*\*\* Equipo de Salud Mental de Distrito de Villamartín (Cádiz).

## *The patient dropout. A review article*

### Resumen

*El 25-50% de los pacientes que solicitan asistencia sanitaria abandonan el tratamiento antes de su finalización por motivos diversos. El derroche de recursos monetarios y asistenciales, descontento de los profesionales, fenómenos como la «puerta rotatoria» y malos resultados de los tratamientos prescritos son sus consecuencias inmediatas. A medio o largo plazo, estos pacientes vuelven a solicitar asistencia. Los autores se plantearon realizar una revisión del material publicado entre los años 1992-1998, sobre las variables asociadas a los fenómenos de no cumplimiento y abandono, así como de las estrategias propuestas por los distintos autores para hacer frente a este problema.*

*Método: Se realizó una búsqueda de artículos originales y revisiones sobre el tema en la base de datos Medline entre los años 1992-1997. Las palabras clave utilizadas fueron: «dropout», «appointments», «schedules», «non attendance», «premature termination», «non compliance», «medication compliance», y su intersección con las palabras clave: «psychiatry», «psychotherapy» y «mental disorder». Las referencias bibliográficas fueron clasificadas según tipo de artículo, autor, país de procedencia, revista y año. En relación con los contenidos, se ha realizado una clasificación de acuerdo con estrategias de abordaje y variables asociadas al abandono y el no cumplimiento.*

*Resultados: Fueron identificadas 144 referencias bibliográficas tras la búsqueda realizada en la base de datos Medline. Se seleccionaron para su revisión 24 artículos originales, cinco artículos de revisión y una carta al director como comentario a un artículo anterior. El total de revistas diferentes fue de 27, los autores pertenecían a seis nacionalidades distintas.*

**Palabras clave:** Abandono. No cumplimiento. Adherencia. Revisión. Psiquiatría. Psicoterapia. Trastorno mental.

### Summary

*The 25-50% of the outpatients who ask for medical assistance give up the treatment before the end for several reasons. The immediate consequences are the waste of economic and assistance resources, professional dissatisfaction, phenomena like «revolving door» and bad results in prescribed treatments. These patients usually come back in the medium or long term. The authors considered to review the material published between 1992-1998 on the variables associated to the phenomena of noncompliance and dropout, as well as the strategies proposed by the different authors to face this problem.*

*Method: A search was performed for original and review articles on the issue in the Medline database between 1992-1997. The key words used were: «dropout», «appointments», «schedules», «non attendance», «premature termination», «non compliance», «medication compliance» and their links with the key words: «psychiatry», «psychotherapy» and «mental disorder». The bibliographic references were classified according to the type of article, author, country of origin, journal and year. In relation with the contents, one classification has been carried out according to approach strategies, and another according to variables associated to dropout and non compliance.*

*Results: 144 bibliographic references were identified after the search on the Medline database. The selection for revision included 24 original articles, 5 review articles and a letter to the editor as a comment to a previous article. The total number of different journals was 27, and the authors were from 6 different nationalities.*

**Key words:** Dropout. Non compliance. Adherence. Review. Psychiatry. Psychotherapy. Mental disorder.

No es un planteamiento nuevo la preocupación por el no cumplimiento de las prescripciones realizadas a los pacientes por parte de los profesionales de la salud. La Administración estatal, las Administraciones autonómicas o regionales, las gerencias de los hospitales y demás servicios de salud y profesionales de libre ejercicio

conocen sus consecuencias: malos resultados de los planes de tratamientos programados y nuevas solicitudes de asistencia, con el derroche de recursos monetarios y asistenciales que esto supone. Tengamos en cuenta que el 71,1% de los pacientes que pierden alguna cita vuelven a solicitar asistencia (1). Fenómenos como la puerta gira-

TABLA I Características de la bibliografía revisada

Revista	Autor	Nacionalidad autor	Año	Tipo de artículo
Brit. J. Psychiat.	Blackwell, B.	EE.UU	1976	Revisión
British Journal of Clinical Psychology	Berrigan, L. P.	EE.UU	1981	Original
British Journal of Medical Psychology	Cross, D. G.	Australia	1984	Original
British Journal of Psychiatry	Roberts, H.	G.B.	1985	Original
Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría	Freire, B.	España	1986	Revisión
Hospital and Community Psychiatry	Swett, Ch.	EE.UU	1989	Original
Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría	Freire, B.	España	1990	Original
Medical Care	Kelly, G. R.	EE.UU	1990	Original
Am. J. Psychiatry	Sledge, W. H.	EE.UU	1990	Original
Can. J. Psychiatry	Campbell, B.	Canadá	1991	Original
Research in Nursing & Health	Graveley, E. A.	EE.UU	1991	Original
The Journal of Nervous and Mental Disease	Mohl, P.	EE.UU	1991	Original
General Hospital Psychiatry	Matas, M.	Canadá	1992	Original
American Journal of Psychotherapy	Frayn, D. H.	Canadá	1992	Original
Family Process	Bischoff, R. J.	EE.UU	1993	Revisión
Am. J. Psychiatry	Sparr, L.F.	EE.UU	1993	Original
The International Journal of Social Psychiatry	Hillis, G.	G.B.	1993	Original
Hospital and Community Psychiatry	Nicholson, I. A.	Canadá	1994	Revisión
Pediatric Emergency Care	Spirito, A.	EE.UU	1994	Original
Amer. J. Orthopsychiat.	Warner, R.	EE.UU	1994	Original
Journal of Consulting and Clinical Psychology	Kazdin, A. E.	EE.UU	1994	Original
Am. J. Psychiatry	Rapaport, M. H.	EE.UU	1994	Carta al editor
International Clinical Psychopharmacology	Bebbington, P. E.	G.B.	1995	Revisión
Am. J. Psychiatry	Sullivan, G.	EE.UU	1995	Original
Maristan	Ortega, F.	España	1995	Original
Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale	Clerici, M.	Italia	1996	Original
Can. J. Psychiatry	Malla, A. K.	Canadá	1998	Original
Am. J. Psychiatry	Swartz, M. S.	EE.UU	1998	Original
Actas. Esp. Psiquiatr.	García Cabeza, I.	España	1999	Original
Psychiatr Service	Smith, T. E.	EE.UU	1999	Original

toria; pérdida de tiempo real y el descontento de los profesionales de la salud, en casos extremos, son factores así mismo relacionados.

La mayoría de autores dan una cifra de abandono entre el 25 y 50% del total de pacientes; sin embargo, las variables que se asocian al abandono no presentan resultados uniformes.

Los factores demográficos, personales, clínicos y asistenciales (2-5), se relacionan de manera incuestionable con cómo percibe el paciente su enfermedad y con la actitud de éste respecto a las pautas terapéuticas.

El no cumplimiento de las prescripciones no es un concepto uniforme. En inglés se utilizan los términos «dropout», «non compliance with treatment», «premature termination», «lack», «falter appointment», «premature termination», «missing», «patient attrition», «forced termination», y en español «abandono», «pérdida de citas», «no cumplimiento», «adherencia», «discontinuidad terapéutica» para designar, no una misma realidad multiforme, sino distintos conceptos que comparten elementos comunes.

Debemos aceptar, como indican las investigaciones, que el perfil de los pacientes que pierden citas es diferente de aquellos que abandonan finalmente el tratamiento (6).

Desde los años setenta se han realizado multitud de trabajos alrededor del tema que nos ocupa. Distintos han sido los objetos de estudio, a saber:

- No asistencia a la primera cita (6, 7).
- No asistencia a citas de seguimiento (con la posibilidad de contemplar la pérdida de múltiples citas en el mismo paciente) (1, 8).
- Abandono definitivo del tratamiento programado sin consultarlo con el terapeuta o en contra de la opinión de éste (5, 9, 10).
- Abandono del tratamiento de forma definitiva antes de un determinado número de citas o periodo de tiempo determinado (5, 11-14).
- No cumplimiento de la pautas prescritas: dosis inadecuadas, discontinuación del tratamiento sin suponer un abandono definitivo, toma de medicación no prescrita (15-17). Goldsmith definió el cumplimiento de la medicación como la toma del 80-110% de la medicación prescrita (15).

Blackwell, quien en el año 1976 publicó una revisión en la que recoge todos los trabajos realizados hasta entonces, propone el término de «adherencia» como el más apropiado para englobar todos estos conceptos (2).

**TABLA II Factores más frecuentemente asociados al abandono y al no cumplimiento**

<i>Sociodemográficos</i>	<i>Asistenciales</i>	<i>Clínicos</i>
Edad	Distancia al centro	Diagnóstico
Sexo	Profesional referente	Historia previa de enfermedad mental
Estado civil	Agente de la demanda	Tratamiento
Estado socioeconómico	Pérdida anterior de citas	

Esta multiplicidad de definiciones, y por lo tanto de conceptos, que Baekeland y Lundwall definen como «definitional inexplicitness» (12), es tema de debate y obliga a la utilización de diferentes metodologías, diferentes sujetos de estudio (12), diferentes resultados y diferentes significados de los mismos. La arbitrariedad en la definición de «no cumplimiento», la utilización de distintas poblaciones (adultos/niños, pacientes psicóticos/neuróticos) y la diversidad del abordaje terapéutico hacen difícilmente comparables los distintos trabajos que se han realizado (6, 18).

Muchos de los planteamientos son cuestionables metodológicamente, lo que supone una dificultad más en la valoración de la validez de los resultados obtenidos, así como de las estrategias propuestas como efectivas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda de artículos originales y revisiones sobre el tema en la base de datos Medline entre los años 1992-1997. Las palabras clave utilizadas fueron: «dropout», «appointments», «schedules», «non attendance», «premeture termination», «non compliance», «medication compliance», y su intersección con las palabras clave: «psychiatry», «psychotherapy» y «mental disorder».

Se revisaron los abstracts de los artículos de entre los identificados. Para su posterior recuperación se seleccionaron aquellos cuya temática se relacionaba con el tema. Para los artículos identificados en los que no constaba abstract, la decisión sobre su selección y posterior recuperación, se realizó a través de la adecuación del contenido del título y los objetivos de la revisión.

Una vez completado este proceso, se recuperaron los respectivos originales y se procedió a su lectura.

De los artículos recuperados se revisaron las citas bibliográficas contenidas en ellos, procediendo a la recuperación de los artículos con los mismos criterios citados más arriba. Por último, se incluyeron tres artículos de autores españoles que habían estudiado el tema y que fueron publicados en revistas españolas de ámbito nacional y algunos artículos del año 1998-1999.

Las referencias bibliográficas fueron clasificadas según tipo de artículo, autor, país de procedencia, revista y año.

En relación con los contenidos, se ha realizado una clasificación de acuerdo con estrategias de abordaje y variables asociadas al abandono y el no cumplimiento.

## RESULTADOS

Fueron identificadas 144 referencias bibliográficas tras la búsqueda realizada en la base de datos Medline.

Se seleccionaron para su revisión 24 artículos originales, cinco artículos de revisión y una carta al director como comentario a un artículo anterior. El total de revistas diferentes fue de 27, los autores pertenecían a seis nacionalidades distintas, siendo los más productivos los norteamericanos con 16 publicaciones.

Se ha elaborado un esquema de la clasificación de los artículos revisados dirigido a facilitar la revisión bibliográfica (tabla I).

En las tablas II y III se presenta una clasificación de los factores asociados al riesgo de abandono y no cumplimiento en los distintos artículos revisados.

## COMENTARIOS GENERALES

La mayoría de estudios demuestran que la juventud, soltería y el estado socioeconómico bajo son variables relacionadas con el abandono, presentándose esta última como una de las más estables (7, 9, 14, 19, 20). Existen discrepancias respecto a si el sexo influye o no en la adherencia. La distancia del centro también se ha considerado un factor importante. Campbell (8) encuentra que los pacientes que vivían fuera de la ciudad presentaban una tasa de asistencia del 100%, mientras que la de los que vivían dentro era del 71%. Dentro de la ciudad, abandonaban más los que vivían más lejos del centro. Resultados similares son presentados por Swett (20).

Diferentes autores han demostrado la existencia de más altas tasas de abandono en los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad y abuso de sustancias (7, 21), en otros casos se asocia al padecimiento de trastornos propios de la infancia (11), ideación paranoide (20), e incluso para otros, el grupo de pacientes psicóticos es un grupo típicamente no cumplidor. Si parece ser más estable que los pacientes con trastornos afectivos son los más cumplidores tanto de las pautas de tratamiento prescritas como de la asistencia (1, 7). Los pacientes con quejas específicas, como creencias obsesivas, asisten más frecuentemente a la primera sesión que aquellos que presentan síntomas vagos, por ejemplo trastorno de la personalidad (5, 6). Asimismo, los que presentan una historia previa de enfermedad mental acuden a las citas menos frecuentemente (6). No está clara la significación de la variable «tipo de tratamiento» en el abandono.

En los estudios en que se incluyó la variable profesional referente, se encontró una tasa de mayor adhe-

TABLA III Otros factores asociados al abandono terapéutico y al no cumplimiento

<i>Aspectos familiares</i>	<i>Existencia de apoyo social</i>	<i>Proceso terapéutico</i>	<i>Características del paciente y de su enfermedad</i>
Número y crianza de los hijos	Existencia de seguro de enfermedad	Implicación de los miembros de la familia	Síntomas y características evolutivas de la enfermedad
Composición	«Consejo alternativo»	Encuadre	Urgencia de la cita
Disfunción de miembros significativos		Habilidades sociales	Aspectos culturales del enfermar
Insatisfacción marital		Listas de espera	Tratamientos previos
Tipo de ocupación en casa y rol		Tiempo desde la última cita	Expectativas del paciente
		Relación terapeuta-paciente	Abandonos anteriores
		Sexo del terapeuta	Abuso de sustancias
		Modalidades de terapia	Historia anterior de autoagresiones

rencia en psiquiatras frente a personal en formación y psicólogos. El agente que solicita la atención es otro parámetro contemplado en numerosos estudios, siendo los pacientes que acuden por iniciativa propia los que más se adhieren al tratamiento (6, 10, 19) y los que acuden a iniciativa de sus familias los menos adherentes (11).

Berrigan y Garfield relacionan los pacientes que pierden citas con aquellos que abandonan, no existiendo esta relación con los pacientes que cancelan la cita (14).

Otras variables que han sido asociadas con la no adherencia son (tabla III):

#### *Aspectos familiares*

- Número de hijos y crianza de éstos (5, 10, 19).
- Composición de la familia (10, 19).
- Disfunción de miembros significativos de la familia (19) o antecedentes psiquiátricos en la familia (5).
- Insatisfacción marital (10).
- Tipo de ocupación en la casa y rol que ocupa el paciente en la familia (10).
- Nivel educativo del sujeto (18).

#### *Existencia de apoyo social como elemento protector (18)*

- Existencia o no de seguro de enfermedad (20).
- Existencia de lo que Cross llama «consejo alternativo» (3).
- Freire relaciona el abandono con un menor grado de integración social (5).

#### *Variables derivadas del proceso terapéutico*

- Implicación de los miembros de la familia en la terapia (19).
- Encuadre (19).

- Habilidades sociales del terapeuta (18, 19).
- Listas de espera (19).
- Tiempo transcurrido desde la última cita (8). Ortega y Ponce (11) definen el concepto de «intervalo de abandono» (tiempo transcurrido entre la última cita y la cita en que abandona) y observaron que entre los pacientes que abandonaban y los que quedaban en tratamiento no existían diferencias significativas si el intervalo de abandono era de tres meses o menos. Cuando el intervalo era mayor de tres meses, ningún paciente se adhería al tratamiento (se define como no adherencia al abandono antes de la quinta cita). Sin embargo, antes de sacar conclusiones sería necesario revisar la posible existencia de sesgos, como pudieran ser la asociación de determinadas patologías.
- Relación terapeuta-paciente. Nos referimos a la actitud más o menos intervencionista (19, 22), transferencia/contratransferencia (18). Bischoff encontró una relación entre el comportamiento del terapeuta y la predicción que éste hacía sobre si el paciente seguiría o no las pautas de tratamiento prescritas (19). En un interesante trabajo de Freire, éste observó que los pacientes que, tras la realización de un cuestionario de acogida, no llegaron a tratarse y los que interrumpieron el tratamiento, valoraron más negativamente varios aspectos de la terapia (5).
- Sexo del terapeuta (11). Edad o clase social del terapeuta (18).
- Modalidades de terapia (13, 18).

#### *Características del paciente y de su enfermedad*

- Duración e intensidad de los síntomas, tiempo de evolución (cronicidad) de la enfermedad, grado y rapidez de las recaídas (2, 5, 9, 10, 18, 19). Los pacientes que más rápidamente solicitan nueva cita son aquellos con trastornos más intensos (1).

**TABLA IV Estrategias identificadas en la revisión para el abordaje de la no adherencia al tratamiento**

*Contacto con pacientes y familiares* (Contactos personales, por carta o teléfono).

*Educación e información* (Educación sobre la enfermedad, medicación, efectos secundarios de ésta, pautas de administración, etc.).

*Cambio de actitudes hacia la enfermedad mental* (Prejuicios, expectativas, sistema de creencias).

*Sobre el terapeuta* (Entrenamiento, promoción/reestructuración de la relación médico-paciente).

*Sobre el proceso terapéutico* (Citas previas al tratamiento, terapias breves, citas posteriores al abandono).

*Sobre el proceso de entrada y derivación* (Coordinador de derivaciones, entrenamiento de los médicos generales, clarificación de los criterios de derivación, cuestionarios precita a familiares).

*Otros* (Implicación familiar, descuentos financieros, intervención precoz, «preterapia de entrenamiento», «tertulias de café» de pacientes, envases dosificadores, medicación depot).

- Urgencia de la cita (8), de forma que la mayoría de las citas perdidas eran de rutina, esto nos hace pensar que una mayor gravedad de los síntomas o la situación de descompensación asocian una mayor adherencia.
- Aspectos culturales en relación con el enfermar, que se han venido en llamar por Mechanic, 1962, «comportamiento de enfermedad».
- Experiencia con tratamientos previos (5, 18) «el abandonador típicamente no tiene experiencia previa» (19).
- Expectativas del paciente (16, 18, 19). Freire encontró que los pacientes que abandonan «consultaron más a menudo con la impresión de estar amenazados desde fuera y escépticos sobre los posibles efectos beneficiosos de la ayuda que iban a recibir (5).
- Historia de abandonos anteriores (8). Berrigan y Garfield asocian una historia anterior de citas perdidas con el abandono (14).
- Asociación al abuso de sustancias. La pregunta que no está aún contestada es si el consumo de sustancias prohibidas es causa o efecto (1, 21, 23).
- Historia anterior de autoagresiones (9).
- Rasgos de personalidad (18).

En general las variables sociodemográficas son inconsistentes, apareciendo en muchos casos resultados opuestos (10, 15, 17, 19, 23-25), sin embargo, sí son uniformes los resultados de las técnicas diseñadas para disminuir la tasa de abandonos aún sin conocer las causas íntimas que inciden el problema (19). Hoy parecen de más interés el estudio de las variables que definen la relación paciente-terapeuta y del paciente con su medio (familia, apoyo social, etc.) (10, 20).

Evidentemente son necesarios nuevos abordajes más homogéneos, así como estudios realmente científicos. Bischoff (19) propone una serie de recomendaciones para futuros trabajos:

1. La definición de abandono basada en el número de citas debe ser cuestionada.

2. Hacer participar a los pacientes preguntándoles por qué abandonaron y qué cambiarían en la terapia para ayudarles mejor.
3. Crear medios para detectar las expectativas del paciente.
4. Realización de estudios experimentales.
5. Aceptación de la inconsistencia de las variables socio-demográficas.

## COMENTARIOS SOBRE LAS ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE DE LA NO ADHERENCIA

En la tabla IV podemos observar las distintas estrategias que se han propuesto como útiles en el control del abandono y el no cumplimiento.

A pesar de no conocer de forma clara qué factores de riesgo están implicados en el abandono y no cumplimiento, distintas actuaciones promovidas desde los centros asistenciales consiguen aumentar las tasas de adherencia; nosotros las hemos clasificado de la siguiente manera:

### 1. Contactos con los pacientes que abandonan y con sus familias (25).

- Contactos con la familia antes de la primera sesión (19).
- Contacto telefónico con el paciente (1, 6, 7, 8, 19). Sparr (1) no constató la validez del contacto telefónico con paciente que pierde una cita, además, la mayoría de pacientes volvieron a solicitar cita en las cuatro semanas siguientes. Burgoyne en un estudio realizado en 1983 comprobó que el mejor cumplimiento con las citas no se relacionaba con las llamadas telefónicas a los pacientes que abandonaban sino con el hecho de dar su número de teléfono (6).
- Contacto por carta (1, 7, 8, 19).

### 2. Educación e información del paciente sobre su enfermedad, tratamientos a utilizar, efectos secundarios, etc.

- Las pautas de administración deben seguir como básicos los presupuestos de *simplicidad y economía* (2).
- Definición clara de metas, implicación activa del paciente, *claridad y brevedad* (2, 25).
- En general, orientación y educación (7, 16, 25, 26).

### 3. Actuaciones que produzcan un cambio de actitudes respecto de la enfermedad, evitando prejuicios (16, 23), «si las creencias del paciente acerca de su enfermedad y de la medicación son contraproducentes, parecería razonable tratar de modificarlas. El problema estriba en encontrar la manera adecuada de hacerlo» (25).

- Es necesario tener en cuenta los prejuicios del paciente respecto de su enfermedad, así como las expectativas de éste respecto del tratamiento. A veces, un breve contacto con el terapeuta puede ser suficiente para

cambiar el patrón de asistencia, en esta visita será fundamental tratar las expectativas del paciente, lo que puede reducir la tasa de abandonos (10).

- Kelly et al (16) realizaron un ensayo clínico que valoraba el impacto de determinadas intervenciones sobre la asistencia y el cambio en el sistema de creencias de los pacientes. En este estudio observaron que se daba una mejor actitud hacia la medicación durante el ensayo clínico, pero que no se mantenía en el tiempo; sin embargo, el comportamiento respecto al cumplimiento sí se mantenía estable; los autores han propuesto como explicación de esta incongruencia el que aún no disponemos de herramientas de medición lo suficientemente válidas.

#### 4. Intervenciones sobre el terapeuta.

- Entrenamiento que permita mejorar el manejo clínico, cotrattransferencia, prejuicios (2).
- Promoción de la relación médico-paciente (8).
- «Existen pruebas fundadas de que una solución podría ser la reestructuración de la relación entre médico y paciente para hacerla menos asimétrica y más flexible» (25).

#### 5. Intervenciones sobre el proceso terapéutico.

- Roberts (10) propone una primera cita donde el terapeuta explorará el sistema de creencias del paciente, sus prejuicios, las expectativas respecto de la enfermedad y tratamiento, realizando una primera intervención sobre todos aquellos elementos que interfieran en el proceso terapéutico. Se decidirá, en su caso, si será la única cita que se tendrá con el paciente, dado que la mayoría de las veces esta única cita será suficiente para orientar a aquellos que posteriormente abandonarán pues realmente no precisaban de una terapia específica, o su demanda es satisfecha con esa única sesión.
- Otros autores proponen realizar terapias breves en aquellos pacientes en los que se espera abandonen prontamente la terapia (4, 20).
- Entrevista para abordar los motivos para haber abandonado el tratamiento, explorando la transferencia, prejuicios, malentendidos, etc. (5, 10, 14).

#### 6. Intervenciones sobre el proceso de entrada y derivación de pacientes (8).

- Matas et al (7) proponen la creación de un cocordinador de derivaciones.
- Creación de programas de integración vertical de los servicios (27).
- Entrenamiento de los médicos generales para mejorar el proceso de derivación mediante un mejor manejo de aquellos pacientes que, aun presentando problemas, no se beneficiarían de una atención especializada (10).
- Mejora, aunando y clarificando los criterios de derivación a las subespecialidades (7).
- Realización de un cuestionario precita a los familiares de los pacientes, recibiendo información de éstos y de sus familias (6).

#### 7. Otros.

- Implicación de la familia haciendo que sea ésta quien pague la terapia (19): en nuestro sistema público, evidentemente, esto no tiene cabida.
- Reducción de las listas de espera (19): algunos indican que debe ser menor de una semana para que tenga la utilidad que vamos buscando (7). Por otro lado, Nicholson se cuestiona si está justificado hacer el esfuerzo de reducir las listas de espera como fundamental medida, apoyando su propuesta en la no demostración documentada de que la reducción de las listas de espera disminuyan el abandono y en la posibilidad de usar otros medios más efectivos (mejor relación coste/beneficio) (6).
- Descuentos financieros (19), que es otra medida que en el sistema de sanidad del Estado español no tiene mucho interés.
- Pronta intervención sobre el paciente en riesgo, si aceptamos que podemos definir al paciente en riesgo, para poner en marcha rápidamente las medidas que estamos comentando (7).
- Matas et al (7), en un estudio publicado en 1992, comprobaron el impacto positivo de algunas medidas, así, dado que la mayoría de las derivaciones se correspondían con trastornos adaptativos cuya sintomatología y necesidad de ayuda desaparecía pronto, esperaban dos semanas antes de dar la cita, la cual normalmente era rechazada por el paciente. Por otra parte, los pacientes que perdían citas eran borrados de los ficheros, por lo que era necesario reiniciar de nuevo el proceso de entrada (7).
- Realización de una «preterapia de entrenamiento», que ha sido ensayada con éxito (14).
- Una estrategia interesante se realiza mediante las «tertulias de café» de pacientes (25).
- También son interesantes las nuevas orientaciones para el abordaje de pacientes esquizofrénicos como el modelo de intervención precoz propuesto por Birchwood (28), Hertz, Melville, Carperter, Marder y otros.
- Envases dosificadores, utilización de medicación depot (25).
- Por último, la participación de los pacientes en programas psicoeducativos integrados, sea cual sea su orientación, se asocia a una mayor satisfacción de los pacientes, sus familias y los equipos terapéuticos, con un mantenimiento de la adherencia de las prescripciones (29, 30).

## CONCLUSIONES

1. Inexistencia de conclusiones claras y la no uniformidad de los resultados.
2. Es necesario redefinir el abandono usando un lenguaje y unos criterios uniformes.
3. Los factores demográficos, los más estudiados, no parecen ser válidos como explicativos del abandono.
4. El conocimiento de los mismos no conllevaría la creación de medidas para aumentar la adherencia.

5. Debemos, por tanto, centrar nuestros esfuerzos en el conocimiento y medidas que actúen sobre factores clínicos y asistenciales.

6. La adherencia tiene su elemento capital en la adecuación entre las necesidades del paciente y la respuesta que damos a éste.

7. Esto justificaría una mejor adherencia de los pacientes psicóticos, dado que las actuaciones son más estándares, están más estructuradas y son más claras para los terapeutas; o bien en los pacientes con trastornos afectivos donde existe una clara conciencia de la necesidad de ayuda y donde cualquier intervención que disminuya el sufrimiento es sentida como de gran valor.

8. El resto de las patologías, donde las expectativas son subjetivas y muchas veces inconscientes, la tasa de abandono es mayor.

9. Sería necesario una mejor cualificación de los profesionales para identificar estos pacientes, evitando así prolongar innecesariamente los tratamientos.

10. Para evitar esto debemos:

- Informar suficientemente a familia y paciente sobre su trastorno.
- Explicar que los resultados del tratamiento deberán ser contemplados a largo plazo. El factor tiempo es un elemento fundamental.
- Modificar determinadas creencias y expectativas.
- Crear nuevas expectativas.
- Hacer comprender la necesidad de implicación, colaboración y esfuerzo por parte del paciente.
- Intentar una mejor cualificación por parte de los profesionales para conocer la verdadera demanda y expectativas del paciente para poder trabajar con ellas.
- Por todo ello: En las primeras entrevistas la labor fundamental sería la de comprensión, clarificación y educación.

Variables que no podemos controlar y difícilmente medir, como la relación que se establece entre el paciente y su terapeuta o el apoyo familiar y social «efectivo», hacen difícil la realización de estudios serios. Incluso si lográramos establecer la incidencia de las variables que actúan con más intensidad en el abandono, sería muy difícil actuar sobre esas variables propuestas tal como hoy conceptuamos la intervención. Queda así una puerta abierta para que nuevos planteamientos permitan crear nuevos abordajes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sparr L, Moffitt MC, Ward M. Misse Psychiatric Appointments: Who Returns and Who Stays Away. *Am J Psychiatry* 1993;150:801-5.
2. Blackwell B. Treatment adherence. *Brit J Psychiatry* 1976;129:513-31.
3. Cross D, Warren C. Enviromental factors associated with continuers and terminators in adult out-patient psychoterapy. *Br J Med Psychol* 1984;57:363-9.
4. Sledge W, Moras K, Hartley D, Levine M. Effect of Time-Limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates. *Am J Psychiatry* 1990;147:1341-7.
5. Freire B. Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1990;33:221-7.
6. Nicholson I. Factors Involved in Failure to Keep Initial Appoinments With Mental Professionals. *Hosp Comunity Psychiatry* 1994;45:276-8.
7. Matas M, Staley D, Griffin W. A Profile of Noncompliant Patient: A Thirty-Month review of Outpatient Psychiatry Referrals. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:124-30.
8. Campbell B, Staley D, Matas M. Who Misses appointment? An empirical Analysis. *Can J Psychiatry* 1991;36:223-5.
9. Hillis G, Alexander D, Eagles JM. Premature Termination of Psychiatric Contact. *Int J Social Psychiatry* 1993;39:100-7.
10. Roberts H. Neurotic Patients Who Terminate their own Treatment. *Br J Psychiatry* 1985;146:442-5.
11. Ortega F, Ponce C. Adhesion a los Tratamientos: Análisis de los Abandonos (datos preliminares). *Maristan* 1995;IV:55-63.
12. Kazdin A, Mazurick J. Dropping Out of Child Psychotherapy: Distinguishing Early and Late Dropouts Over the Course of Treatment. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1069-74.
13. Frayn D. Assessment Factors Associated With Premature Psychotherapy Termination. *Am J Psychoter* 1992;46:250-61.
14. Berrigan LP, Garfield SL. Relationship of missed psychotherapy appoinments to premature termination and social class. *Br J Clin Psychol* 1981;20:239-42.
15. Graveley EA, Oseasonh CS. Multiple Drug Regimens: Medication Compliance among Veterans 65 Years and Older. *Res Nurs Health* 1991;14:51-8.
16. Kelly GR, Scott JE, Mamon J. Medication Compliance and Health Education Among Outpatients With Chronic Mental Disorders. *Med Care* 1990;28:1181-97.
17. García Cabeza I, Sánchez Díaz EI, Sanz Amador M, Gutiérrez Rodríguez M, González Chávez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:211-6.
18. Freire B. Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1986;16:22-42.
19. Bischoff R, Sprenkle D. Dropping out of Marriage and Family Therapy: A critical Review of Research. *Fam Process* 1993;32:353-75.
20. Swett C, Noones J. Factors Associated With Premature Termination from outpatient Treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:947-51.
21. Swartz M, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ. Violencia y enfermedad mental grave: Efectos de la drogadicción y el incumplimiento de la terapia. *Am J Psychiatry* 1998;155:226-31.

22. Mohl P, Martínez D, Tirknor C, Huang M, Cordell L. Early Dropouts from Psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:478-81.
23. Warner R, Taylor D, Wright J, Sloat A, Springett G, Arnold S, Weinberg H. Substance Use Among The Mentally III: Prevalence, Reasons for Use, and Effects on Illnes. *Am J Orthopsychiat* 1994;64:30-9.
24. Spirito A, Lewander W, Levy S, Kurkjian J, Fritz G. Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: Factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr Emerg Care* 1994;10:6-12.
25. Bebbinngton PE. Contenido y contexto del cumplimiento. *Int Clin Pscopharmacol* 1995;9(Supl 5): 41-50.
26. Clerici M, Bertrando P, Garavaglia R. Interventi psicosociales familiari e schizofrenia. Un follow-up a 1-2 anni. *Riv Riabil Psichiatr Psicosocial* 1996;5:29-38.
27. Smith TE, Hull JW, Headayat-Harris A, Ryder G, Berger L. Development of vertically integrate program of services for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999;50:931-5.
28. Birchwood M, Tarrier N. Intervención precoz. En: *El tratamiento Psicológico de la Esquizofrenia*. Editorial. Barcelona: Ariel; 1995. p. 101-41.
29. Falloon I, et al. I presupposti teorici e l'efficacia dell'intervento psicoeducativo integrato. En: *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*. II edizione. Trento: Edizione Centro Studi Erickson; 1993.
30. Malla AK, Norman RM, McLean TS, Rickwood A, McIntosh E, Cortese L, et al. An integrate medical and psychosocial treatment program for psychotic disorders: patient characteristics and outcome. *Can J Psychiatry* 1998;43:698-705.

Correspondencia:  
Amalio Bueno Heredia  
Comunidad Terapéutica San Miguel  
San Miguel, 10  
Jerez de la Frontera (Cádiz)