

# TERMINACIÓN PREMATURA EN PSICOTERAPIA: UNA REVISIÓN NARRATIVA

## PREMATURE TERMINATION IN PSYCHOTHERAPY: A NARRATIVE REVIEW

**Pablo Rafael Santangelo**

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

Fundación Aiglé, Argentina

CAPsi, Centro de Asistencia Psicológica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5551-2923>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rafael Santangelo, P. (2020). Terminación Prematura en Psicoterapia: una revisión narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 181-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.316>

### Resumen

*La psicoterapia es una de las aplicaciones de la psicología clínica que ha demostrado ser un recurso efectivo y eficaz, pero no ha logrado los niveles esperables en todos los pacientes. Uno de los problemas clínicos con el que nos encontramos en este campo es la terminación prematura por parte del paciente sin acuerdo con el psicoterapeuta. El problema mencionado deriva en dos problemas, uno conceptual y otro operacional, existiendo distintas definiciones del término como así diferentes maneras de medirlo. El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión no sistemática sobre el tema, teniendo como ejes las distintas maneras en que se ha definido el concepto, las diversas formas de medirla, los resultados de meta-análisis realizados sobre la temática y las variables que pueden modularla.*

*Palabras claves:* Terminación Prematura, Deserción, Psicoterapia, Abandono.

### Abstract

*As an application of clinical psychology, psychotherapy has proven its efficacy and effectiveness. But has been unable to reach the same levels of success in all patients. One clinical problem we encounter in the field is premature termination by the patient without the corresponding arrangement with the psychotherapist. This implies a conceptual and operational problem, as there are different ways to define said outcome, as well as different ways of assessing it. The objective of this work is to carry out a non-systematic review on the subject, taking as axis the different ways in which the concept has been defined, the different ways of assessing it, the results of meta-analysis carried out on the subject and the variables that can modulate it.*

*Keywords:* Premature Termination, Dropout, Psychotherapy, Abandonment.



## Introducción

Sabemos claramente que la psicoterapia es una intervención eficaz y efectiva para personas con problemas psicológicos, y que no funciona para todos (McAleavey et al., 2017). Uno de los impedimentos más importantes para la efectividad de la misma es el problema de la terminación prematura. Aunque se ha encontrado que las tasas de abandono en la psicoterapia son más bajas que las tasas de terminación prematura para intervenciones farmacológicas (Swift, Greenberg, Tompkins y Parkin, 2017), en psicoterapia aproximadamente uno de cada cinco pacientes elige terminar el tratamiento antes de la finalización programada (Swift y Greenberg, 2012).

Se han identificado distintos moderadores de la deserción como las expectativas (Aubuchon-Endsley y Callahan, 2009; Greenberg, Constantino y Bruce, 2006) y el efecto del terapeuta (Saxon, Barkham, Foster y Parry, 2017; Zimmermann, Rubel, Page y Lutz, 2017) entre otros. La deserción ocurre comúnmente en la psicoterapia afectando a todas las modalidades, métodos y modelos de administración de tratamientos, incluidas las psicoterapias más sólidas basadas en la evidencia como lo son para el estado de ánimo, la ansiedad y otros trastornos psicológicos (Nathan y Gorman, 2015). Esta tiende a ocurrir en las primeras sesiones, un patrón que se ha observado tanto en los ensayos controlados aleatorios (Gutner, Gallagher, Baker, Sloan y Resick, 2016) como en las clínicas ambulatorias (Kehle-Forbes, Meis, Spont y Polusny, 2016; Saxon et al., 2017). Por lo tanto, la deserción se constituye como uno de los elementos que interfiere en el logro de los objetivos propuestos para la intervención, y por ende para el éxito de esta. En este trabajo usaremos los conceptos de terminación temprana, deserción, desgaste, terminación prematura o abandono como sinónimos salvo que se aclare lo contrario.

## Problema conceptual y operacional

En principio nos encontramos con un problema de definición conceptual y su correspondiente operacionalización. Las distintas investigaciones, ya sean trabajos empíricos o metaanálisis que abordan la temática, brindan distintas definiciones de la deserción. Esto hace que las comparaciones y los metaanálisis sean difíciles de realizar.

Las conceptualizaciones de abandono psicoterapéutico han variado a lo largo de la historia de la investigación, solo mencionaremos las más destacadas. Se lo ha definido como el hecho de no asistir a un cierto número de sesiones (Baekeland y Lundwall, 1975), es decir, pensar que se requiere de un número mínimo de ellas y no completarlas. Este método está sujeto a la interpretación respecto a la duración adecuada del tratamiento lo cual es una limitación. También tiene el potencial de clasificar erróneamente a los pacientes que se recuperan después de unas pocas sesiones y aquellos que no progresan, es decir, no los discriminaría.

No regresar después de la evaluación de admisión (Longo, Lent y Brown, 1992). Garfield (1994) señaló que los pacientes que abandonan después de una evaluación de admisión no han terminado prematuramente sino que no han podido comenzar

la terapia. Se podría argumentar que los pacientes que terminan la terapia después de una sola sesión de admisión probablemente hayan abandonado el tratamiento prematuramente. Sin embargo, para algunos pacientes, la terapia de una sola sesión puede resultar suficiente. Además, esta definición excluirá a muchos pacientes adicionales que también deberían clasificarse como terminadores prematuros.

No regresar al tratamiento después del receso de un semestre (Kane y Tryon, 1988). Esta es una definición sujeta a los contextos de investigación universitarios. La cual puede ser usada pero dejaría de lado muchos otros tipos de abandonos.

Terminación unilateral por parte del paciente sin la aprobación del terapeuta (Richmond, 1992). Brogan, Prochaska y Prochaska (1999) caracterizaron el abandono en las sesiones previas a las 10 sesiones en contra del criterio del terapeuta, mientras que la terminación de mutuo acuerdo antes de las 10 sesiones fue definida como una terminación apropiada.

Otros autores han conceptualizado el abandono según el criterio del terapeuta (Chisholm, Crowther y BenPorath, 1997). Este método depende del juicio clínico que puede ser parcial y defectuoso (Garb, 2005). El juicio del terapeuta puede no representar un índice válido de terminación prematura. Por ejemplo, la confianza exclusiva en el criterio del terapeuta ignora la perspectiva y el funcionamiento real de los pacientes involucrados.

No asistir a la última cita programada (Hatchett, Han y Cooker, 2002). La definición de última sesión perdida presenta a los investigadores un índice altamente confiable de terminación prematura (Pekarik, 1985). Además de una mayor confiabilidad, esta definición de deserción también posee cierta validez aparente.

Otro método para operacionalizar la deserción se basa en no terminar un protocolo de tratamiento. Este sistema se ajusta lógicamente a la definición de abandono antes de completar un curso completo de terapia (Maher et al., 2010; Swift y Greemberg, 2012). Esta definición alude al no cumplimiento de un mínimo de sesiones prefijadas antes del inicio del tratamiento, como a dejar el mismo sin alcanzar los objetivos acordados mutuamente.

Como resultado de estas conceptualizaciones heterogéneas, las tasas de deserción varían en función de la definición usada en los diferentes estudios y los hallazgos deben ser interpretados con cautela respecto a los criterios utilizados. Las propuestas más actuales, que se desarrollaran en el próximo apartado, son un intento de homogeneizar los datos a partir del consenso de una definición.

### **Propuestas recientes**

Se han realizado varias propuestas para homogeneizar los resultados de las investigaciones. Hatchett y Park (2003) presentan un sistema de clasificación para medir la deserción basado en un cambio clínicamente significativo. De acuerdo con esta operacionalización, se determina que los pacientes son terminadores prematuros si interrumpen la terapia antes de evidenciar una mejora confiable y antes de obtener una puntuación dentro del rango normal en una medida de resultado,

como la que podría brindar el *The Outcome Questionnaire OQ-45.2* (Lambert et al., 1996). Este método encaja con la definición de abandono basada en la interrupción de la terapia antes de recuperarse de los problemas que llevaron a buscar tratamiento, pero tiene sus limitaciones, por ejemplo algunos pacientes severos no regresan a un rango de funcionamiento normal, evaluados según el OQ-45.2, es decir, no quedarían por debajo del puntaje de corte de dicho instrumento. Un porcentaje significativo de pacientes ambulatorios obtienen al inicio del tratamiento puntuaciones de referencia dentro del rango normal de funcionamiento, lo que impide el movimiento de la población clínica al rango normal (Lambert, Okiishi, Finch y Johnson, 1998). Incluso muchas de las medidas de resultados breves se centran en la angustia sintomática o en un área problemática única (por ejemplo, ansiedad). Es posible que estos inventarios no midan muchas de las condiciones para las cuales las personas buscan terapia, por ejemplo, problemas interpersonales / familiares. (Hatchett y Park, 2003). Aunque el método de cambio clínicamente significativo aún incorpora un grado de juicio clínico al definir el constructo, este método operacionaliza de manera más objetiva el abandono en comparación con los otros métodos.

Swif y Greember (2012) proponen tener en cuenta cuatro criterios, a saber, partir de los objetivos consensuados con el paciente, el terapeuta podría emitir un juicio después de considerar si se completó o no el protocolo de tratamiento (si lo había), si el paciente interrumpió el tratamiento o no de forma abrupta e inesperada, y si una medida de resultado objetiva indica o no que el paciente ha mejorado de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo.

Sin una definición compartida, es difícil comparar los resultados de un estudio a otro. Si se adoptara el método mencionado anteriormente que combina el criterio del terapeuta con las otras operacionalizaciones (falta de mejora completa y confiable o cambio clínicamente significativo), se necesitaría administrar escalas de resultados estandarizadas en cada sesión. La administración de medidas de resultado sesión por sesión tiene la ventaja de proporcionar datos de estado final de los pacientes que abandonan prematuramente. Los terapeutas podrían utilizar esta información del estado final para tomar una decisión sobre si cada uno de sus pacientes ha abandonado. Además, es importante que los resultados del tratamiento y los estudios de resultados del proceso no solo informen los datos sobre las tasas de interrupción prematura, sino que también se proporcione información demográfica para los grupos que abandonaron y completaron el proceso (Swift y Greemberg, 2012).

Cooper, Kline, Baier y Feeny (2018) en un marco unificador y transdiagnóstico proponen tener en cuenta: predictores de abandono fijos o relativamente inmutables como por ejemplo, características diagnósticas o demográficas; predictores modificables como la motivación y las expectativas; y finalmente, aquellas variables que pueden diferir con respecto a su posible papel mecanicista en la promoción o prevención del desgaste, como la sensibilidad a la recompensa.

En síntesis, la operacionalización basada en el tiempo implica una interpretación subjetiva de lo que debe durar el tratamiento. Esto puede ser claro en ensayos clínicos aleatorizados, donde la longitud del tratamiento se define generalmente dentro del protocolo de tratamiento pero es más difícil para las muestras naturalistas. En estudios de efectividad con diferentes límites de tiempo en los tratamientos, parece difícil predefinir un número mínimo de sesiones estándar, así los pacientes que responden temprano al tratamiento pueden clasificarse como abandonos. En contraste con la operacionalización basada en la duración, la definición de abandono basada en el juicio del terapeuta parece tener mayor validez ya que tiene en cuenta lo que evalúa el terapeuta en la sesión con sus pacientes. La definición de Swif y Greember (2012) basada en la propuesta de Hatchett y Park (2003) es una de las más viables y confiables. Esta implica acuerdo de objetivos, juicio del terapeuta respecto a si completó el tratamiento o lo interrumpió de manera abrupta e inesperada, y tener una medida de resultado objetiva que indique que el paciente ha mejorado, o no, de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo. Anteriormente se mencionó como una de las limitaciones de esta definición el uso de instrumentos de evaluación de resultados que solo miden síntomas, pero este no sería el caso de la escala que evalúa resultados de Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud (2003) la cual pondera a partir de cuatro preguntas malestar individual, interpersonal, social y general. A esta definición podríamos agregarle, en caso de ser posible, las razones que da el paciente para dejar el tratamiento.

### **Hipótesis sobre la deserción**

Algunos resultados de investigación apoyan la hipótesis que sostiene que los pacientes abandonan un tratamiento porque no se están beneficiando del mismo. La falta de mejoría temprana predijo el abandono de la terapia de cognitiva comportamental (TCC) para el trastorno de pánico en un ensayo controlado aleatorio (Lutz et al., 2014) y en TCC para la depresión (Schindler, Hiller y Witthoft, 2013). Distinta es la hipótesis que enuncia que los pacientes abandonan el tratamiento porque se sintieron mejor y creen no necesitar más. Las primeras sesiones provocan alivio en los síntomas (Crits-Christoph et al., 2001; Schindler, Hiller y Witthoft, 2013). Bloom (2001) informó, basándose en una revisión de 40 artículos, que “entre un tercio y la mitad de los pacientes seleccionados al azar que asistieron a una sola sesión se vieron lo suficientemente ayudados por la sesión para que el proceso terapéutico pueda ser terminado” (p. 75). Szafranski, Smith, Gros y Resick (2017) encontraron que hasta el 55% de los pacientes que abandonaron el tratamiento para el trastorno por estrés postraumático mostraron cambios clínicamente significativos o se reunieron buenos criterios respecto de los síntomas. Por lo tanto, los pacientes pueden abandonar la psicoterapia porque han logrado satisfacer sus necesidades y no necesitan tratamiento adicional.

Parece que el abandono de la psicoterapia podría estar relacionado con un resultado pobre o con una mejoría rápida. Esta variabilidad en los resultados en

las investigaciones ha llevado a estudiar los moderadores del desgaste caracterizándose por un énfasis en las características de los pacientes, como la edad y el género, como así también en las características demográficas, como el nivel socioeconómico, la raza/etnia (grupos minoritarios) (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons y Thompson 2008; De Haan, Boon, Vermeiren, Hoeve y de Jong, 2015; Gonzalez, Weersing, Warnick, Scahill y Woolston, 2011), así como características de diagnóstico, como la severidad de los síntomas, la comorbilidad o la cronicidad (Szafranski et al., 2017). Otro de las variables a tener en cuenta en la terminación prematura son las características de los terapeutas.

Uno de los moderadores que se han estudiado son las expectativas. Se ha demostrado repetidamente que las expectativas de tratamiento de los pacientes están asociadas a la probabilidad de abandono (Aubuchon-Endsley y Callahan, 2009; Greenberg, Constantino y Bruce, 2006). También se ha estudiado el efecto del terapeuta en el abandono de los tratamientos. Zimmermann et al. (2017) en un estudio en la Universidad de Trier de Alemania donde se incluyeron 707 pacientes en psicoterapia ambulatoria tratados por 66 terapeutas encontraron que el 5.7% de la variación en la deserción se podría atribuir a los terapeutas. También reportaron otros predictores de terminación prematura como el deterioro inicial, ser hombre, el nivel de educación inferior, el estilo de personalidad más histriónico y menos compulsivo y las expectativas de tratamiento negativas. El estudio demuestra que hay diferencias sustanciales entre los terapeutas con respecto a sus tasas promedio de deserción. Los pacientes con más dificultades que asisten a la psicoterapia tenían menos probabilidades de abandonar el estudio. Los pacientes con más confianza en que la psicoterapia les ayudará con sus problemas mostraron una menor probabilidad de abandonar el tratamiento. En este estudio la edad no fue un predictor de abandono. En otro estudio los efectos del terapeuta representaron el 12.6% de la variación de deserción (Saxon, Barkham, Foster y Parry, 2017).

### **Primeras revisiones sistemáticas y metaanálisis en el área**

Las revisiones sistemáticas y los metaanálisis han evaluado el porcentaje de deserción de acuerdo a distintas definiciones de abandono y han intentado asociar ese índice a distintas variables del paciente, del contexto de investigación y demográficas. En una de las primeras revisiones Baekeland y Lundwall (1975) examinaron el fenómeno de la interrupción prematura y encontraron que en psicoterapia de adultos la tasa de deserción varía entre el 31% y el 79%. A partir de su revisión, llegaron a la conclusión que los pacientes eran más propensos a abandonar el tratamiento si eran más jóvenes, mujeres, con menos educación, si formaban parte de alguna minoría étnica y pertenecían a un nivel socioeconómico más bajo. Además informaron que los terapeutas hombres, los que tenían menos experiencia y los que eran más etnocéntricos tenían más probabilidades de que sus pacientes abandonaran el tratamiento.

En su metanálisis, Wierzbicki y Pekarik (1993) revisaron las tasas de abandono

de 125 estudios que datan de junio de 1990. Encontraron una tasa de abandono promedio de 46.86%. También encontraron que esta tasa general de deserción difería según la definición utilizada. Se reportaron tasas más bajas para los estudios que definieron el abandono basado en la falta de asistencia a una sesión programada, en comparación con los estudios que operacionalizaron el abandono basado en el criterio del terapeuta o en la asistencia a un número mínimo de sesiones. Sin embargo, las tasas de deserción no difirieron según el modo de tratamiento (individual o grupal), el entorno de tratamiento (universidad, clínica privada, clínica pública u otro), el tipo de paciente (adulto o niños) o el tipo de terapeuta (edad, etnia), tipo de titulación o los años de experiencia. Examinaron la relación entre seis variables demográficas de los pacientes y el abandono. Las tasas de abandono del estudio no se relacionaron con ninguna de las variables demográficas del paciente (sexo, etnia, edad, años promedio de educación, nivel socioeconómico, estado civil) cuando se evaluaron mediante correlaciones. Sin embargo, cuando se examinaron las diferencias de medias entre los abandonos y las personas que completaron el estudio encontraron tamaños de efectos significativos para el origen étnico (los que abandonaban tenían más probabilidades de pertenecer a un grupo minoritario), educación (en general, los que abandonaban tenían menos escolaridad) y el nivel socioeconómico, era más bajo en los pacientes que no concluían los tratamientos. No se encontraron efectos significativos para el sexo, la edad o el estado civil.

Garfield (1994) también realizó una revisión de la interrupción prematura de la psicoterapia. Sugirió que un abandono puede definirse cuando un paciente comienza terapia (tiene al menos una sesión) y luego la suspende por sí solo sin un acuerdo mutuo con el terapeuta. Luego, al analizar los hallazgos relacionados con el abandono de la terapia, Garfield concluyó que puede haber alguna relación entre la interrupción prematura y un nivel socioeconómico más bajo, un nivel de educación más bajo y ser de un grupo étnico minoritario, pero no encontró una clara relación con la edad, el sexo o el diagnóstico. Estos hallazgos estarían en la misma dirección que los reportados por Wierzbicki y Pekarik (1993). En esta misma línea la revisión de Reis y Brown (1999) demostró que el nivel socioeconómico bajo del paciente y ser de un grupo minoritario eran los únicos predictores demográficos consistentes de abandono de la terapia.

Los últimos tres trabajos mencionados comparten entre sus hallazgos que el nivel socioeconómico de los pacientes y el pertenecer a una minoría étnica son predictores de abandonos prematuros. Podemos suponer que estos resultados pueden estar modulados por la falta de capacidad de respuesta de los terapeutas, por la falta de adaptación de los tratamientos a las necesidades y características de los pacientes, entre otras razones.

Barrett et al. (2008) en una revisión sobre deserción indicaron que los pacientes más jóvenes, con menos nivel de instrucción y con un nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento. Sin embargo, los estudios de Reis y Barrett arrojaron conclusiones tentativas. Los resultados de todas

estas revisiones ilustran los hallazgos mixtos e inconsistentes con respecto a los factores predictivos de la interrupción prematura, en particular para las variables demográficas del paciente.

McMurran, Huband y Overton (2010) realizaron una revisión sistemática de la deserción en psicoterapia para pacientes con trastorno de la personalidad. En 25 estudios empíricos, encontraron una tasa media de no finalización del 37%. Además, encontraron evidencia de diferencias en las tasas de finalización en función de una serie de variables del paciente, como la edad, el nivel de educación, la situación laboral y la gravedad, así como la duración y el contexto del tratamiento.

En otro metaanálisis que incluyó 11 estudios sobre abandono de la psicoterapia, Sharf, Primavera y Diener (2010) encontraron una relación significativa entre la fuerza de la alianza terapéutica y la interrupción prematura; una alianza más débil se asoció con una mayor probabilidad de abandono.

Parece ser que algunos de los moderadores con más evidencia son el nivel socioeconómico, el nivel de instrucción y el pertenecer a un grupo minoritario. Sin embargo, como se mencionó anteriormente estos resultados son provisionarios y sujetos a las distintas definiciones de abandono.

### **Revisiones y metaanálisis de la última década**

Swift y Greenberg (2012) realizaron un metanálisis sobre deserción en psicoterapia con un total de 669 estudios con un total de 83834 pacientes adultos. Encontraron que la tasa de deserción promedio ponderada era del 19.7%, que osciló entre los estudios de 0 a 74.2%. Si bien varias variables no estaban relacionadas con su estimación general de abandono (por ejemplo, el formato de tratamiento, la orientación teórica, la raza de la muestra, el empleo y grado de instrucción), encontraron que varias características de estudio y de pacientes eran predictivas de abandono. En particular, en las muestras que presentaron comorbilidades múltiples, en las que se utilizaron definiciones de abandono basadas en el criterio del terapeuta, los estudios de efectividad (a diferencia de los estudios de eficacia) y las muestras más jóvenes, se asociaron con tasas de deserción significativamente más altas. También se encontró diferencias significativas de acuerdo al tiempo del tratamiento, manualización o no del mismo y el contexto. Hubo tasas de abandono significativamente mayores en los tratamientos que no tenían un límite de tiempo predeterminado, en los tratamientos no manualizados, en las clínicas universitarias, incluidas las clínicas de capacitación de departamentos de psicología y los centros de asesoramiento universitario. En este trabajo también se evidenció que las tasas de abandono diferían según la definición de terminación prematura que se utilizó. Las tasas de deserción fueron más altas cuando se determinaron por el criterio del terapeuta (37.6%) y fueron más bajas cuando se determinaron al completar un número determinado de sesiones (18.3%) o un protocolo de tratamiento (18.4%). Se debe reconocer que los terapeutas informan que casi el 40% de sus clientes abandonan prematuramente. Ninguno de los otros datos demográficos del paciente predijo el



tipo de terminación. Los que abandonaron y completaron los tratamientos diferían en términos de educación, pero no de género, raza, estado civil o empleo. Las metarregresiones indicaron que el género y el estado civil predijeron el abandono de la terapia, pero la raza, el empleo y la educación no lo hicieron. Los terapeutas con más experiencia lograron tasas de deserción significativamente más bajas que los que se estaban capacitando (17.2% frente a 26.6%).

En otro metanálisis sobre los datos de abandono de 115 estudios empíricos primarios con 20995 participantes que recibieron TCC para una variedad de trastornos de salud mental se encontró que la tasa promedio de abandono en el pretratamiento (para los 36 estudios que incluyen dichos datos) fue de 15.9%, los IC del 95% [13.4%, 18.8%], y la tasa promedio de abandono durante el tratamiento (en todos los estudios de 115) fue del 26.2% IC del 95% [23.1%, 29.7%]. Evidentemente, el desgaste fue aproximadamente un 10% más alto una vez que comenzó el tratamiento. La tasa promedio de abandono total en las fases de pretratamiento y tratamiento fue de aproximadamente el 35%. Uno de los moderadores estudiados fue el diagnóstico, la depresión se asoció con la mayor tasa de abandono pretratamiento, así como durante el tratamiento: 21.6% y 36.4%, respectivamente (aunque los pacientes tratados por abuso de sustancias también tuvieron un 36.4% de abandono durante el tratamiento). De todos los grupos de diagnóstico considerados, el menor desgaste previo al tratamiento se asoció con trastornos psicóticos (5.6%) y trastorno de estrés postraumático (7.8%). De manera similar, la tasa más baja durante el tratamiento se asoció con trastornos de ansiedad (19.6%) y trastornos psicóticos (20.1%). Otro moderador analizado fue el formato de tratamiento, las tasas de abandono para el pretratamiento y el tratamiento fueron de aproximadamente 10 a 15 puntos porcentuales más altos para las terapias que no eran cara a cara (incluidos los tratamientos basados en Internet, teléfono y CD) que para la terapia grupal o individual. Aunque esta tendencia se mantuvo en ambas fases, la diferencia solo fue significativa en la fase de pretratamiento y no para aquellos que ya habían comenzado el tratamiento. La duración de la psicoterapia se asoció significativamente con el abandono de la misma, por cada sesión adicional que se incluyó en el tratamiento, hubo una disminución de .03 en la proporción de registro de pacientes que terminaron prematuramente. Específicamente, se encontró que cuanto mayor es el número de sesiones planeadas, menor es el desgaste de los sujetos a lo largo del tratamiento. La otra variable que tiene una correlación significativa con la deserción fue el ajuste o contexto del tratamiento. La configuración de pacientes hospitalizados tuvo una tasa significativamente más baja en el pretratamiento y en el tratamiento en comparación con ambulatorio u otros ajustes. El diseño del estudio, el tipo de paciente y el tipo de terapeuta no fueron moderadores significativos de la deserción (Fernandez, Salem, Swift y Ramtahal, 2015).

Cooper y Conklin (2015) realizaron un metanálisis con el objetivo de estimar la tasa promedio de abandono en estudios aleatorizados con psicoterapia individual ambulatoria para la depresión mayor. Incluyeron 54 estudios (N = 5852) entre los

cuales había 80 condiciones de psicoterapia con un total de 3394 pacientes. Se encontró una tasa de abandono ponderada promedio del 17.5% en las 80 condiciones de tratamiento, y 19.9% en los 54 estudios de los que se extrajeron. Los pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido predijo la deserción ( $M = 33.6\%$ ,  $DT = 20.5\%$ ;  $k = 21$ ), como así también, pertenecer a una minoría étnica ( $M = 19.8\%$ ,  $DT = 20.4\%$ ;  $k = 43$ ). Las terapias de mayor duración tuvieron una mayor deserción y los estudios que incluyeron una comparación entre psicoterapia y condición de control inactivo reportó mayores tasas de deserción. En relación de las variables de los pacientes como el sexo, edad, estado de convivencia y tratamiento para la depresión recurrente no se relacionaron significativamente con las estimaciones de abandono. Respecto a las variables relacionadas con la prestación no se encontró diferencias significativas en función de la orientación teórica (rango: 10.2% a 21.9%). Asimismo, la tasa de deserción no difirió entre las condiciones en las que se administró la psicoterapia como monoterapia o combinada con antidepresivos. Las credenciales del terapeuta, expresadas en términos de estado de capacitación o en años promedio experiencia, no predijo las tasas de deserción. Sin bien estos datos son contundentes hay que tener en cuenta que son sobre estudios randomizados.

Cuarenta y cinco estudios, con 2224 pacientes, fueron identificados para realizar un metanálisis sobre deserción de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. La tasa de deserción promedio fue de 16.99% (intervalo de confianza del 95%: 14.42% -19.91%). Las metarregresiones indicaron que no hubo un efecto estadísticamente significativo de la edad del paciente, el sexo, la gravedad de los síntomas, la comorbilidad, el tipo de tratamiento, el tipo de estudio (ensayo aleatorio o no), la calidad del estudio, el número de sesiones o la experiencia del terapeuta (Gersh et al., 2017).

En una reciente revisión de los resultados clínicos de más de 10000 pacientes que reciben servicios ambulatorios de salud mental en el Reino Unido, los clasificados como desertores (34%) típicamente asistieron a menos de tres sesiones y tuvieron peores resultados demostrablemente en comparación con los que completaron el tratamiento (Saxon, Firth y Barkham, 2017).

Otro metaanálisis sobre deserción en terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el cual se tuvo en cuenta 68 estudios con un total de 4729 pacientes se encontró que las tasas de abandono promedio ponderadas en las condiciones exclusivas de ACT y las condiciones inclusivas de ACT (es decir, aquellas que incluyeron una intervención de ACT) fueron del 15.8% (IC del 95%: 11.9%, 20.1%) y del 16% (IC del 95%: 12.5%, 19.8%), respectivamente. Las tasas de abandono de ACT no fueron significativamente diferentes de los tratamientos psicológicos establecidos. Además, las tasas de deserción no variaron según las características del paciente o la calidad metodológica del estudio. Sin embargo, los clínicos / terapeutas de nivel de maestría (media ponderada = 29.9%, IC: 17.6%, 43.8%) se asociaron con una mayor deserción que los psicólogos (media ponderada = 12.4%, IC 95%: 6.7%,

19.4%) (Ong, Lee y Twohig, 2018).

Linardon, Fitzsimmons-Craft, Brennan, Barillaro y Wilfley (2018) en un metaanálisis de setenta y dos ensayos aleatorizados de psicoterapia interpersonal (TIP) encontraron una tasa de abandono promedio del 20.6% (IC 95% = 17.4–24.2). Las tasas de deserción fueron similares para la depresión (20.9%; IC 95% = 17.2–25.2), ansiedad (16.1%; IC 95% = 11.1–22.9) y trastornos de la alimentación (18.7%; IC 95% = 11.6–28.8). La deserción fue más alta cuando se aplicaron definiciones más estrictas de deserción (por ejemplo, la falta de completar todo el protocolo TIP frente a la falla de completar al menos el 50% de las sesiones) y fue más baja cuando se tomaron muestras de pacientes adolescentes. Hubo algunas pruebas de que la TIP se asoció con tasas significativamente más bajas de abandono que la TCC y las terapias de apoyo no específicas.

En metaanálisis sobre deserción en psicoterapia para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, en el cual se incluyeron 131 estudios aleatorizados, se encontró que las definiciones de abandono variaron ampliamente entre los estudios. La estimación general de abandono fue de 24% (IC 95% = 22–27%). El tipo de diagnóstico, tipo de definición de abandono, la severidad de los síntomas basales, calidad del estudio o la edad de la muestra no moderaron el abandono. Este fue mayor entre los estudios que administraron Terapia Cognitivo Conductual por internet y fue más baja en los estudios que aplicaron Terapia Cognitiva Conductual transdiagnóstica. Hubo algo de evidencia que los protocolos de tratamiento más largos estuvieron asociados con menores abandonos. No hubo diferencias significativas en los rangos de abandono observados entre las intervenciones TCC y no TCC para todos los subtipos de TCA. Una de las conclusiones que llegan es que las estimaciones de abandono del estudio actual se ven obstaculizadas por el uso de definiciones dispares de abandono aplicadas (Linardon, Hindle y Brennan, 2018).

Zieve, Persons y Yu (2018) utilizaron en su metaanálisis tres definiciones de deserción: 1.- abandono temprano, es decir, asistir a tres sesiones o menos; 2.- abandono prematuro, terminar el tratamiento antes de la indicación del terapeuta (independientemente del número de sesiones completadas) y 3.- abandono no colaborativo como terminación en la cual el terapeuta califica que la finalización ocurrió sin que el paciente y el terapeuta discutan y / o acuerden la decisión de terminación. Las proporciones de pacientes que abandonaron el estudio en la tercera sesión o antes (38%) o sin colaboración (34%). Sin embargo, la tasa de abandono prematuro fue sustancialmente más alto que las otras tasas de deserción reportadas en la literatura. El sesenta por ciento de la muestra abandonó prematuramente, es decir, antes de que el terapeuta juzgara que la terapia había sido probada durante el tiempo suficiente para ayudar al paciente a lograr sus metas de tratamiento.

## Conclusión

Pensar el ejercicio de la psicoterapia implica hablar de objetivos de trabajo y de un tiempo estimado para alcanzarlos. Objetivos consensuados con los pacientes

y un tiempo aceptado por estos. Distintas pueden ser las razones por las cuales los pacientes no sostienen los tratamientos, razones que implican al profesional, al paciente o a ambos.

Se han realizado numerosas revisiones metaanalíticas específicas sobre el abandono de la psicoterapia con estimaciones que van del 15.9 % al 60 % a través de varios tipos de tratamiento específicos como psicoterapia cognitiva conductual, intervenciones basadas en la aceptación y psicoterapia interpersonal entre otras (Linardon et al., 2018; Ong et al., 2018; Swift y Greenberg, 2012) y diagnósticos del paciente como trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad (Gersh et al., 2017; Linardon et al., 2018; McMurrin, Huband y Overton, 2010).

Los hallazgos de estas revisiones brindan información sobre las variables moderadoras y la evidencia sugiere que las tasas de abandono pueden verse afectadas por el modo de administración del tratamiento (tratamiento cara a cara y estudios de eficacia asociado con un menor abandono), se encontraron tasas de abandono más altas para tratamientos no manualizados y en clínicas universitarias, incluidas las clínicas de capacitación de departamentos de psicología y en centros de asesoramiento universitario (Fernandez, Salem, Swift y Ramtahal, 2015; Swift y Greenberg, 2012).

Respecto del tiempo del tratamiento y la experticia del terapeuta hay datos contradictorios (Gersh et al., 2017; Linardon et al., 2018; Ong et al., 2018). Las variables de los pacientes como el nivel de educación, la comorbilidad, los trastornos de la personalidad están asociadas a un mayor abandono (Cooper y Conklin, 2015; Gersh et al., 2017; Swift y Greenberg, 2012). Parece ser que las tasas de deserción son más altas cuando se determinaron por el criterio del terapeuta (Swift y Greenberg, 2012).

Aunque los avances recientes en el campo de la psicoterapia nos han permitido establecer pruebas y refinación de enfoques de tratamiento específicos, identificar principios de cambio basados en la evidencia y reconocer las variables del terapeuta y del paciente que modulan los resultados de los tratamientos, algunos pacientes todavía terminan la terapia prematuramente sin haber realizado mejoras o ganancias significativas. Quizás el mayor potencial para mejorar la efectividad de la psicoterapia reside en abordar el problema de la terminación prematura (Swift y Greenberg, 2015).

Nos encontramos con distintas definiciones de terminación prematura. Llegar a un consenso que nos permita definirla de una manera clara y precisa permitiría avances en el campo de la investigación en psicoterapia, ya sean estudios de eficacia o de efectividad. Permitiendo tener datos comparables entre los estudios.

En la práctica cotidiana de la psicoterapia, tener en claro por qué los pacientes abandonan los tratamientos, saber cuáles son las variables que modulan esta decisión, permitiría enfocarnos en estas variables para lograr que los pacientes puedan concluir sus procesos psicoterapéuticos.

Como mencionan distintos autores es necesario llegar a un consenso respecto de la definición de terminación prematura, se sugiere siguiendo la propuesta de Swif y Greember (2012) tener en cuenta el acuerdo de objetivos con el consultante, el juicio del terapeuta respecto de sí completo el tratamiento o lo interrumpió de manera abrupta e inesperada, tener una medida de resultado objetiva que indique que el paciente ha mejorado o no de manera confiable o ha realizado un cambio clínicamente significativo y las razones por las cuales el paciente deja de asistir al tratamiento psicoterapéutico.

## Referencias bibliográficas

- Aubuchon-Endsley, N. L. y Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 120-126. <https://doi.org/10.1037/a0014455>
- Baekeland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological bulletin*, 82(5), 738. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. y Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Bloom, B. L. (2001). Focused single-session psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 75-86. <http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/1.1.75>
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 105-113. <https://doi.org/10.1037/h0087773>
- Chisholm, S. M., Crowther, J. H. y Ben-Porath, Y. S. (1997). Selected MMPI-2 scales ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 127-144. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6901\\_7](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6901_7)
- Cooper, A. A. y Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Cooper, A. A., Kline, A. C., Baier, A. L. y Feeny, N. C. (2018). Rethinking Research on Prediction and Prevention of Psychotherapy Dropout: A Mechanism-Oriented Approach. *Behavior modification*. <https://doi.org/10.1177%2F0145445518792251>
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M. y Siqueland, L. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 145-154. PMID:11402077
- De Haan, A. M., Boon, A. E., Vermeiren, R. R., Hoeve, M. y de Jong, J. T. (2015). Ethnic background, socioeconomic status, and problem severity as dropout risk factors in psychotherapy with youth. *Child & youth care forum*, 44(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9266-x>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K. y Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1108-1122.
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810>
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). Nueva York, NY: Wiley.
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B. y McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 52, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.001>

- Gonzalez, A., Weersing, V. R., Warnick, E. M., Scahill, L. D. y Woolston, J. L. (2011). Predictors of treatment attrition among an outpatient clinic sample of youths with clinically significant anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 356-367. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0323-y>
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. y Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical psychology review*, 26(6), 657-678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M. y Resick, P. A. (2016). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/tra0000062>
- Hatchett, G. T., Han, K. y Cooker, P. G. (2002). Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment*, 9(2), 156-163. <https://doi.org/10.1177%2F10791102009002006>
- Hatchett, G. T., y Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226-231. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.226>
- Kane, A. S. y Tryon, G. S. (1988). Predictors of premature termination from counseling at semester recess. *Journal of College Student Development*, 29(6), 562-563.
- Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Spont, M. R. y Polusny, M. A. (2016). Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 107-114. <https://doi.org/10.1037/tra0000065>
- Lambert M. J., Hansen N. B., Umpruss V., Lunnen K., Okiishi J. y Burlingame G.M. (1996). *Administration And Scoring Manual for the OQ45.2*. Nashville, TN: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E. y Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 63-70. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.1.63>
- Linardon, J., Brennan, L. y de la Piedad Garcia, X. (2016). Rapid response to eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 905-919. <https://doi.org/10.1002/eat.22595>
- Linardon, J., Fitzsimmons-Craft, E. E., Brennan, L., Barillaro, M., y Wilfley, D. E. (2018). Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29(7), 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497215>
- Linardon, J., Hindle, A. y Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Longo, D. A., Lent, R. W. y Brown, S. D. (1992). Social cognitive variables in the prediction of client motivation and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 447-452. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.4.447>
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M. y Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 287-297. <https://doi.org/10.1037/a0035535>
- Maher, M., Huppert, J. D., Chen, H., Duan, N., Foa, E. B., Liebowitz, M. R. y Simpson, H. B. (2010). Moderators and predictors of response to cognitive-behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 40(12), 2013-2023. <https://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291710000620>
- McAleavey, A. A., Youn, S. J., Xiao, H., Castonguay, L. G., Hayes, J. A. y Locke, B. D. (2017). Effectiveness of routine psychotherapy: Method matters. *Psychotherapy Research*, 29(2), 139-156. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395921>
- McMurrin, M., Huband, N. y Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2015). *A guide to treatments that work* (4<sup>th</sup> ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Ong, C. W., Lee, E. B. y Twohig, M. P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour research and therapy*, 104, 14-33. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.004>
- Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy*, 22(1), 86-91. <https://doi.org/10.1037/h0088531>

- Reis, B. F. y Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123-136. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- Richmond, R. (1992). Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(2), 123-130. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.23.2.123>
- Sharf, J., Primavera, L. H. y Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. y Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(3), 575-588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Saxon, D., Firth, N. y Barkham, M. (2017). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 705-715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Schindler, A., Hiller, W. y Withoft, M. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 365-370. <https://doi.org/10.1017/S1352465812001063>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(4), 547-559. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. Washintong, DC: American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14469-000>
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A. y Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000104>
- Szafranski, D. D., Smith, B. N., Gros, D. F. y Resick, P. A. (2017). High rates of PTSD treatment dropout: A possible red herring? *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.002>
- Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Zieve, G. G., Persons, J. B. y Yu, L. A. D. (2019). The Relationship Between Dropout and Outcome in Naturalistic Cognitive Behavior Therapy. *Behaviortherapy*, 50(1), 189-199. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.004>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C. y Lutz, W. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 312-321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>