

**Amalio Bueno Heredia\***, **Juan Antonio Córdoba\*\***, **Antonio Escolar Pujolar\*\*\*** y **José Carmona Calvo**.

\* *Psiquiatra, Equipo de Salud Mental de Distrito de Jerez de la Frontera, Cádiz.*

\*\* *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Coordinador del programa de la ONG Medicus Mundi en Ecuador.*

\*\*\* *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Jefe de sección del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Puerta del Mar, Cádiz.*

\*\*\*\* *Psiquiatra. Coordinador del Equipo de Salud Mental de Distrito de Jerez de la Frontera, Cádiz.*

### Resumen

**Objetivo:** Los autores han estudiado las variables asociadas al abandono en un Equipo de Salud Mental.

**Método:** se realizó un diseño caso-control. Se midieron un total de 15 variables que fueron clasificadas como: variables socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, domicilio, profesión, situación laboral actual; variables asistenciales: procedencia, agente de la demanda, referente, cambio del profesional referente, número de citas, tiempo en tratamiento y actuación de otros profesionales de salud mental; variables clínicas: diagnóstico y tratamiento. El estudio se realizó en el Equipo de Salud Mental de Jerez de la Frontera, de Área de Salud Mental de Jerez de la Frontera, que presta asistencia a una población de 200.000 habitantes. Los casos (230) y controles (226) fueron seleccionados de forma retrospectiva de entre los sujetos que solicitaron asistencia en el periodo de enero a junio de 1995 (872). Se eligieron de forma aleatoria 148 casos y 122 controles y fueron comparados entre ellos.

**Resultados:** Se calcularon las OR crudas y ajustadas con intervalos de confianza del 95% y se elaboró mediante técnica de regresión logística multivariante modelos explicativos de relación entre el abandono y las variables independientes. Sexo: mujer; jóvenes; estado civil: casados, separados/divorciados, viudos; diagnóstico de trastorno adaptativo, neurosis y el grupo "otros" y la no prescripción de tratamiento farmacológico, se asocian de forma estadísticamente significativa al abandono.

**Palabras clave:** Abandono, adherencia, psiquiatría, psicoterapia, trastorno mental, Equipo de Salud Mental.

### Summary

**Objective:** The authors have studied the variables linked to dropout in a mental health centre. Method: a case-control design was performed. A total number of 15 variables were measured, which were classified as socio-demographic variables: age, sex, marital status, address, profession, current occupation; assistance variables: referrals, demanding agent, current therapist, change of therapist, number of appointments, treatment time and performance of other professional in mental health; clinical variables: diagnosis and treatment. The setting was the Jerez de la Frontera outpatient mental health centre, included in the mental health area of the town, which attends a population of 200,000. The cases (230) and the controls (226) were chosen in a retrospective way among the subjects who asked for assistance from January to June 1995 (872). A number of 148 cases and 122 controls were chosen at random.

**Results:** The corrected OR were calculated within a 95% range and, by means of multivariate logistic regression, explaining models of relation between dropout and the independent variables were elaborated. Sex: female, young; marital status: married, separated/divorced, widows; the diagnosis of adjustment disorder, neurosis and the group "others" and the non prescription of drugs are associated to dropout in a significant statistic way.

**Key words:** dropout, adherence, psychiatry, psychotherapy, mental disorder, mental health centre.

## Introducción

Múltiples estudios han tratado de definir qué factores se asocian a una mejor adherencia a los tratamientos prescritos. El término adherencia fue propuesto por Blackwell<sup>1</sup> para definir el seguimiento de las prescripciones realizadas a los pacientes por parte de los médicos y demás profesionales de la salud.

Es aceptado unánimemente que el cumplimiento de las pautas de tratamiento se relaciona con un mejor pronóstico y evolución del trastorno. El conocimiento claro de los factores implicados en la adherencia nos permitiría el planteamiento de estrategias correctoras, que conllevarían mejoras sustanciales en la calidad de la asistencia sanitaria. Las medidas utilizadas deben controlar la sintomatología, en el sentido de disminuir el número e intensidad de las crisis; disminuir el número de ingresos en unidades hospitalarias, con menor número de días de estancia; conseguir una mayor capacidad de participación e integración de los pacientes en los programas de rehabilitación<sup>4,2</sup>; y aumentar el cumplimiento, reduciendo los tres errores más frecuentes: discontinuación, desviación de la dosis recomendada y actitud negativa hacia la medicación. Algunos programas de atención que tienen en cuenta la necesidad de mejorar la adherencia, han cuantificado la reducción de gastos económicos que suponen, a medio plazo, la puesta en marcha de tales programas<sup>3</sup>. En suma, la adherencia al tratamiento es un factor que predice una mejor calidad de vida para los pacientes y para sus familias<sup>2</sup> al ofrecer una asistencia sanitaria más cualificada y válida sin suponer un aumento del gasto sanitario.

Adherencia no es un término uniforme<sup>5,2</sup>. En los diversos trabajos revisados, los objetos de estudio, los planteamientos metodológicos, el abordaje (psicoterapéutico e incluso farmacológico), la composición de los equipos de atención y la filosofía de éstos, son diferentes. En

ellos se estudia la no asistencia a la primera cita, no asistencia a las citas de seguimiento, el no cumplimiento de las pautas prescritas o el abandono definitivo del tratamiento. "La consideración de todos los pacientes que abandonan como un grupo homogéneo y simple nos llevaría a conclusiones erróneas que oscurecerían la comprensión del concepto"<sup>3</sup>. Todo ello hacen difícilmente comparables los resultados obtenidos en los distintos trabajos<sup>5</sup>.

En general, las variables sociodemográficas son inconsistentes y, aunque las más estudiadas, no permiten predecir la mejor o peor adherencia de un paciente determinado. Los resultados de los trabajos consultados son diversos y aún opuestos<sup>2,7,8,10,11,12,13,14,15,16,17,18</sup>. Varios autores han encontrado que la existencia de determinados rasgos de personalidad y el nivel educativo se relacionan de forma estable con una baja adherencia<sup>5,16</sup>. No obstante, hoy parece de más interés el estudio de las variables que definen la relación paciente-terapeuta y del paciente con su medio (familia, grupo social, etc.)<sup>8,9,19,20,21</sup>.

A pesar de no conocer los elementos que influyen en la adherencia, distintos autores han diseñado diferentes estrategias que, en conjunto, se han demostrado como útiles y han permitido conocer más profundamente los factores asociados<sup>7,8,9,10</sup>. Estas estrategias pueden ser clasificadas de la siguiente forma: contacto con los pacientes que abandonan y/o con sus familias; educación e información del paciente sobre su enfermedad, tratamiento que deben seguir, efectos secundarios, etc; actuaciones que produzcan un cambio de actitudes respecto de la enfermedad, evitando prejuicios; intervenciones sobre el terapeuta; intervenciones sobre el proceso terapéutico; intervenciones sobre el proceso de entrada y derivación de los pacientes y otros como reducción de las listas de espera, pronta intervención del paciente en riesgo, preterapia de entrenamiento, uso de medicación depot, participación de pacientes y familiares en programas psicoeducativos integrados, etc.

El presente estudio pretende identificar los factores de riesgo asociados al abandono terapéutico y probar la hipótesis de que "los pacientes

diagnosticados de trastornos incluidos dentro del grupo neurótico abandonan con una frecuencia mayor que los pacientes cuyo diagnóstico es de psicosis”.

Asimismo hemos estudiado qué porcentaje de pacientes que abandonan vuelven a solicitar atención psiquiátrica.

### **Material y método**

El estudio se ha realizado en el ESMD de Jerez, durante el período comprendido entre enero-junio de 1995. El equipo de terapeutas está formado por cinco psiquiatras, dos psicólogos, un residente de psiquiatría y un residente de psicología. La población atendida en este ESMD es de aproximadamente 250.000 personas.

Los pacientes acuden al ESMD derivados por su médico de cabecera, servicio de urgencias del hospital de Jerez, psiquiatra de urgencias del mismo hospital, otros servicios de salud u otras instituciones.

Tras una primera entrevista, los pacientes son asignados a: programa de neurosis/psicosis, seguimiento por el mismo terapeuta cuando no se adapta a ninguno de estos programas, ingreso en la USM hospitalaria, derivados de nuevo a su médico de cabecera si no precisa atención especializada o bien se deriva a otro profesional de la salud (médico especialista o no médico).

La solicitud de asistencia sin cita previa la hemos designado “citas no programadas”.

Los datos correspondientes a las variables clínicas y asistenciales fueron tomados de las historias clínicas. Las variables correspondientes a datos demográficos y de filiación fueron recogidas por el personal auxiliar, a partir de la información cumplimentada por los miembros del ESMD.

La recogida de los datos de todas las historias clínicas fue realizado por un solo profesional.

El diseño empleado ha sido de caso-control no apareado.

Se define “caso” aquel sujeto que habiendo acudido al ESMD de Jerez entre enero y junio de 1994, queda en estudio o inicia tratamiento en dicho Centro y deja de acudir a las “Consultas de Seguimiento” por un periodo igual o mayor de 6 meses dentro de los 12 meses siguientes a la primera visita.

Como “control” se consideraron los pacientes que habiendo acudido por primera vez al ESMD de Jerez en el periodo de tiempo anteriormente descrito, quedó en estudio o inicia tratamiento y no deja de acudir a consulta por un periodo mayor de 6 meses dentro de los 12 meses siguientes a la primera visita.

Los casos y controles fueron seleccionados de forma retrospectiva. Se eligió un periodo de tiempo de 6 meses para definir “caso” y “control” pues ese es el periodo fijado por el Servicio Andaluz de Salud que considera como primera consulta la realizada por un sujeto que nunca ha consultado en ese Centro Sanitario o que realizó la última consulta hace más de 6 meses.

El clasificación utilizada para el diagnóstico fue la CIE-10 de la OMS, modificada.

De las 872 historias abiertas entre enero y junio de 1994 de pacientes que acudían por primera vez al centro, 472 cumplían criterios de ingreso en el estudio. El resto quedaron excluidas por derivarse a otros servicios sanitarios. Quedan también excluidos los pacientes que abandonan por voluntad propia tras comunicar su decisión a su terapeuta, con o sin acuerdo de éste, y los menores de 17 años.

De los 472 sujetos identificados, 230 fueron catalogadas como casos y 226 como controles. Quedaron fuera del estudio 18 por motivos diversos. De los 230 abandonos y 226 no abandonos, se eligió una muestra para un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y una odds ratio esperada de 1,7 para los abandonos entre personas con trastornos neuróticos y con trastornos psicóticos, seleccionándose 148 casos y 122 controles.

### *Variables independientes*

Se midieron un total de 15 variables que fueron clasificadas como: variables socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, domicilio, profesión, situación laboral actual; variables asistenciales: procedencia, agente de la demanda, referente, cambio del profesional referente, número de citas, tiempo en tratamiento y actuación de otros profesionales de salud mental; variables clínicas: diagnóstico y tratamiento.

Las definiciones utilizadas para las variables fueron:

#### *Variables sociodemográficas*

**1) Edad:** Se definieron 5 intervalos: 17-30 años, 31-45 años, 46-60 años, > 60 años. **2) Sexo:** hombre/mujer. **3) Estado Civil:** soltero-a, casado-a, otros: separado-a, divorciado-a, viudo-a. **4) Profesión/ocupación:** Grupo 1 (obrero sin cualificación), Grupo 2 (obrero cualificado), Grupo 3 (pequeños propietarios, cuadros medios, cuadros superiores, grandes empresarios, directores de empresa), Grupo 4 (Otras profesiones), Grupo 5 (Sin profesión conocida), Grupo 6 (Estudiantes), Grupo 7 (Amas de casa). **5) Situación laboral:** Grupo 1 (Nunca ha trabajado), Grupo 2 (Trabajador eventual), Grupo 3 (Trabajador fijo), Grupo 4 (Parado sin subsidio, Parado con subsidio), Grupo 5 (Jubilado sin subsidio, Jubilado con subsidio), Grupo 6 (Incapacidad laboral transitoria), Grupo 7 (Incapacidad laboral parcial, Incapacidad laboral total, Incapacidad laboral absoluta).

#### *Variables clínicas*

**6) Grupo Diagnóstico:** Trastorno Psicótico, Trastorno Neurótico, Trastorno Adaptativo, Otros (Trastorno de la Personalidad, Trastorno Orgánico, Trastorno Psicosomático, Trastorno Adictivo, Retraso Mental, Síntomas Especiales, Diagnóstico Aplazado, No Psicopatología. **7. Tipo de Tratamiento:** Farmacológico y/o Psicoterapéutico.

### *Variables asistenciales*

**8) Procedencia:** Centro de Salud/Ambulatorio. **9) Solicitud de atención:** Iniciativa propia, Iniciativa familiar/Médico de Cabeceira, Otros (Otros Servicios de Salud, Otras Instituciones). **10) Profesional Referente en el ESMD:** Psicólogo, Psiquiatra, Residente de Psiquiatría o Psicología. **11) Existencia de cambio del Profesional de referencia:** Si/No. **12) N° de citas Programadas,** No Programadas, No Asistencia (citas falladas), Totales. **13) Tiempo en Tratamiento,** en meses. **14) Intervención de otros profesionales de Salud Mental:** Trabajo Social y Enfermería. **15) Domicilio.** Dadas las dificultades para definir los Km. de distancia al ESM y la ubicación de las distintas calles, optamos por hacer dos grupos: Jerez y zona urbana, hasta 10 Km. Pedanías y Municipios a más de 10Km.

### **Resultados**

Se han calculado las OR crudas (Tablas 1,2,3) y ajustadas (Tabla 4) con intervalos de confianza del 95% mediante la fórmula de Cornfield. Se han elaborado mediante técnica de regresión logística multivariante modelos explicativos de relación entre el abandono y las variables independientes evaluadas.

La representación gráfica de la variable edad es una curva bimodal con dos picos en 17-30 y > de 60 años. El grupo con mayor tasa de adherencia fue el de pacientes cuyo intervalo de edad estaba entre 46 a 60 años.

Las mujeres abandonaban 2.67 veces más que los hombres con una "p" significativa ("p" <0.01). No observamos diferencias significativas respecto a si los pacientes eran derivados por los centros de salud o por los ambulatorios, cuya función asistencial, organización y nivel de formación en salud mental es tan diferente.

Los que no seguían tratamiento farmacológico abandonaban 4.42 veces más que aquellos que tomaban fármacos.

**Tabla 1: Odds ratios crudas de abandono terapéutico según variables socio-demográficas.**

Variable	Efectivos (Ca/Co)	OR(IC95%)
<b>Edad (años)</b>		
46-60	26/30	1.00
17-30	45/28	1.85 (0.86-3.99)
31-45	43/37	1.34 (0.64-2.82)
>60	10/8	1.44 (0.44-4.88)
<b>Sexo</b>		
Hombre	35/52	1.00
Mujer	90/50	1.27 (1.49-4.82)#
<b>Estado Civil</b>		
Solteros	38/39	1.00
Casados	74/60	1.27 (0.69-2.31)
Otros	12/4	3.08 (0.83-14.11)
<b>Domicilio</b>		
>10 Km.	7/6	1.00
Jerez-zona urbana	110/93	1.01 (0.29-3.54)

\*P<0.05  
#P<0.01

Observamos que los pacientes en tratamiento psicoterapéutico específico tenían menores tasas de abandono, con "p" casi significativa. Entendemos que siguieron una psicoterapia específica sólo aquellos pacientes en cuya historia clínica aparecía claramente tal referencia.

Los trastornos adaptativos fue el grupo con más alta tasa de abandono comparada con el grupo de pacientes psicóticos (grupo control), OR= 4,69 [1,48-15,24]. El grupo otros y el integrado por pacientes neuróticos presentaban OR de 4,07 [1,34-12,70] y 3,45 [1,38-9,18] respectivamente.

Los pacientes derivados por instituciones constituyeron el grupo con mejor adherencia. En nuestra muestra, los pacientes menos adherentes son los que acuden por iniciativa propia.

El número de cambios de terapeuta presentaba una tasa de abandonos decrecientes.

Los sujetos que más se adherían al tratamiento en nuestra muestra eran aquellos que no ejer-

**Tabla 2: Odds ratios crudas de abandono terapéutico según variables asistenciales**

Variable	Efectivos (Ca/Co)	OR(IC95%)
<b>Derivación</b>		
Centro de salud	65/57	1.00
Ambulatorio	52/42	1.09 (0.61-1.93)
<b>Referente</b>		
Psiquiatra	59/60	1.00
MIR/PIR	37/23	1.64 (0.83-3.25)
Psicólogo	28/17	1.67 (0.79-3.62)
<b>Cambio de terapeuta</b>		
Si	47/53	1.00
No	82/50	1.85 (1.06-3.24)*
<b>Nº de cambios</b>		
>1	10/31	1.00
1	38/31	3.68 (1.45-9.70)#
0	81/42	5.79 (2.44-14.44)#
<b>Demanda</b>		
Otros	14/16	1.00
I. Familiar/Médico de cabecera	66/68	1.11 (0.47-2.67)
Iniciativa propia		
<b>Intervención DUE</b>		
Si	2/6	1.00
No	127/97	3.93 (0.68-40.39)
<b>Intervención T. social</b>		
Si	9/23	1.00
No	120/80	3.83 (1.60-9.87)

\*P<0.05  
#P<0.01

cían ninguna profesión (5/12, Ca/Co), los obreros cualificados (10/16) y los estudiantes (8/9), los menos adherentes fueron los grupos de pequeños propietarios, cuadros medios y superiores (8/1) y las amas de casa (38/24), otros profesionales (27/19) y los obreros sin cualificación (17/14).

Respecto a la situación laboral, fueron más adherentes los grupos 4 (parados sin subsidio, parados con subsidio) (12/14, Ca/Co) y el grupo 6 (incapacidad laboral transitoria) (3/3). Los grupos que más abandonaron fueron: 7 (incapacidad laboral parcial, incapacidad laboral total, incapacidad laboral absoluta) (6/2), 5 (jubilados sin subsidio, jubilados con subsidio) (4/3),

**Tabla 3: Odds ratios crudas de abandono terapéutico según variables Clínicas**

Variable	Efectivos (Ca/Co)	OR(IC95%)
<b>Diagnóstico</b>		
Psicosis	9/22	1.00
Neurosis	72/51	3.45 (1.38-9.18)#
Otros	25/15	4.07 (1.34-12.70)#
Transtorno adaptativo	23/12	4.69 (1.48-15.24)#
<b>Tratamiento farmacológico</b>		
Si	73/88	1.00
No	55/15	4.42 (2.23-9.09)#
<b>Terapia específica</b>		
Si	1/6	1.00
No	127/95	8.02 (0.94-371.78)*

\*P<0.05  
#P<0.01

**Tabla 4: Odds Ratios ajustadas de abandono terapéutico. Modelo final de regresión logística no condicional**

Variable	Efectivos (Ca/Co)	OR(IC95%)
<b>Edad (años)</b>		
17-30	45/28	2.88 (1.01-8.21)*
31-45	43/37	1.75 (0.80-3.83)
>60	10/8	2.11 (0.63-7.10)
<b>Sexo</b>		
Hombre	35/52	1.00
Mujer	90/50	2.08 (1.10-3.93)*
<b>Estado Civil</b>		
Casados	74/60	2.41 (1.00-5.83)*
Otros	12/4	5.36 (1.21-23.85)*
<b>Diagnóstico</b>		
Neurosis	72/51	2.71 (0.99-7.39)*
Otros	25/15	2.49 (0.90-9.61)
Trastorno adaptativo	23/12	3.31 (1.00-10.90)*
<b>Tratamiento farmacológico</b>		
Si	73/88	1.00
No/Si	55/15	4.24 (2.03-8.84)#

\*P<0.05  
#P<0.01

3 (trabajadores fijos) (21/16) y 2 (trabajadores eventuales) (35/27).

No existen diferencias significativas en cuanto a adherencia entre los pacientes que vivían en la ciudad o fuera de ella, OR 1.01.

Estudiamos los pacientes que habían faltado a más de una y más de dos citas programadas (20/27, 108/75) y (4/12, 124/90) respectivamente.

El 84,4% de los casos tras la primera cita perdida abandonaban. Sólo el 3,1% de los casos abandonaban después de la segunda cita. El 49% de los controles no perdieron ninguna cita.

El 78,1% de los casos acudieron a 3 ó menos citas y el 90% de éstos abandonaron después de la primera cita perdida. El 75,7% de los controles acudieron a 6 ó más citas en el periodo de estudio. Casi la mitad del total de los pacientes acuden a tres o menos citas.

El 25,8% de los pacientes que abandonan fueron atendidos de forma urgente (cita no programada) al menos en una ocasión. El 14,6% de los controles acudieron a más de 1 cita no programada lo que sólo hicieron el 4,7% de los casos. No solicitaron ser atendidos en ninguna ocasión fuera de sus citas el 74,2% de los casos y el 62,1% de los controles.

Solamente el 6,3% de los casos siguieron el tratamiento prescrito por un periodo igual o mayor a 6 meses, tiempo que cumplieron el 76,7% de los controles.

El 17,8% de los casos y el 2,9% de los controles volvieron a solicitar atención en nuestro centro.

Completamos el estudio con la revisión de los datos según el modelo de regresión logística, encontrando 5 variables asociadas al abandono, a saber:

Sexo: mujer. Diagnóstico: los pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo, el grupo

denominado “otros” y neurosis. Los pacientes a los que se les prescribe tratamiento farmacológico tienen mejor adherencia. Edad: como en otros estudios ha sido un parámetro significativo, asociándose más frecuentemente con pacientes jóvenes<sup>8,22,23,24</sup>. E.civil: también son más adherentes los pacientes solteros sobre casados y otros.

### Discusión

Respecto a la pregunta que nos hemos planteado en la realización de este estudio “¿El paciente que abandona es un paciente tipo?”, La literatura presenta respuestas contradictorias desde que Baekeland y Lundwall definieron el concepto “typical patient” en 1975<sup>14,22</sup>. Para Porter todo paciente es un potencial no cumplidor<sup>1</sup>. Nosotros tenemos la impresión de que a pesar de las expectativas no es posible definir un perfil del paciente que abandona.

Según Bischoff el abandono podemos relacionarlo con<sup>7</sup>:

- No aceptación del tratamiento ofrecido, sea cual sea su causa.
- No necesidad de tratamiento psiquiátrico ya sea porque su demanda es otra o por error en la derivación.
- El tratamiento ofrecido no está de acuerdo con las expectativas del paciente.
- Otras<sup>7</sup>.

El análisis de los datos obtenidos en el presente trabajo nos muestra que el abandono se asocia de forma estadísticamente significativa a: sexo (mujer), otros autores no han encontrado diferencias significativas<sup>8,24</sup>. Jóvenes; en muchos trabajos ha sido una variable significativa, coincidiendo con nuestros resultados<sup>8,22,23,24</sup>. Estado civil: separado/divorciado o viudo, los resultados de otros estudios son similares<sup>22,25</sup>. Realización de tratamiento farmacológico, otros presentan resultados opuestos<sup>8,24</sup>. Diagnóstico de trastorno adaptativo, neurosis y el grupo “otros”. Estos datos coinciden con los resultados esperados. Puede existir un sesgo en la comprobación de la fiabilidad del método diagnóstico utilizado (CIE-10). No obstante, se

trata de un equipo con profesionales de amplia experiencia y muy cohesionado dado que son varios los años que trabajan conjuntamente en el mismo proyecto.

En otros artículos observamos resultados muy dispares a los nuestros. Los estudios revisados no son comparables pues estudian poblaciones diferentes y/o los grupos diagnósticos no fueron establecidos de la misma forma, así los trastornos afectivos, los más estables en cuanto a adherencia en los distintos artículos revisados, en nuestro trabajo se diluyen entre trastornos



**Vortice, danza deportiva futurista**  
*Enrico Prampolini, 1925-1926*

Lápiz sobre papel  
Boceto para traje

psicóticos y neurosis. Sería necesario un consenso respecto a los grupos diagnósticos considerados si queremos sacar conclusiones válidas.

Esperábamos unas tasas de abandonos mayores para los pacientes que vivían más lejos del centro sin embargo esto no se ha cumplido. Resultados similares aparecen en otros estudios. Campbell<sup>23</sup>, 1991, expone que los pacientes que vivían fuera de la ciudad presentaban una tasa de asistencia del 100%, mientras que los que vivían dentro era del 71%, dentro de la ciudad, abandonaban más los que vivían más lejos, resultados similares son presentados por Swett, 1989<sup>9</sup>.

No existen diferencias significativas entre el tanto por ciento de abandono de los pacientes derivados desde centros de salud y ambulatorios, a pesar del convencimiento de la mejor cualificación de los médicos de los centros de salud en materia de salud mental. Es posible que existan otras variables, como la escasez de tiempo, que iguala esta mejor cualificación, o bien se prepara mejor a los médicos de familia para tratar y abordar determinados cuadros pero no para saber cuándo deben derivar a los servicios especializados, o bien nos equivocamos al considerar el abandono como buen parámetro de derivación apropiada o no.

Estudiamos el comportamiento de la muestra, comparando el grupo de psiquiatras con los otros dos grupos. Similares valores aparecen en otros trabajos<sup>9,23,24,26</sup>. Podemos colegir que esta variable (profesional referente) se relaciona íntimamente con la capacidad de los psiquiatras para usar el tratamiento farmacológico como arma terapéutica, que como hemos observado se relaciona con una mejor adherencia. También Freire en un estudio publicado en 1990 relaciona una mayor adherencia en los pacientes que siguieron tratamiento con fármacos, lo que explica por la influencia real o simbólica de la utilización de fármacos en la relación terapéutica<sup>16</sup>.

Los pacientes más adherentes fueron los derivados por instituciones y otros servicios de salud, diferencias que casi tienen valor de significativas cuando comparamos el grupo control con los pacientes que acuden por iniciativa propia, no

existieron diferencias significativas con los pacientes derivados por iniciativa de sus familias o el médico de cabecera;. En otros trabajos los resultados son distintos, siendo los pacientes que acuden por iniciativa propia los que más adhieren al tratamiento<sup>7,8,26</sup>, y los que acuden por iniciativa de la familia los menos adherentes<sup>24</sup>. Nuestra impresión es que no existe un acuerdo claro, al menos en nuestro centro, a la hora de codificar quién deriva el paciente, no investigándose suficientemente quién solicita la atención especializada.

También tienen una adherencia significativa los pacientes seguidos con el apoyo de enfermería y trabajo social. Estos pacientes suponen sólo un pequeño tanto por ciento del pool total, en su mayoría son pacientes psicóticos graves con dificultades familiares y sociales en los que no es suficiente el abordaje terapéutico unidimensional, así y dada la pequeña muestra de pacientes en seguimiento por estas disciplinas, deben ser tomados con cautela pero apoyan lo referido en otros trabajos, esto es, las medidas de control más estrecho mejora la adherencia<sup>7,23,25,26,27</sup>.

También se comportan como adherentes con "p" casi significativas los pacientes que siguieron un programa estandarizado de psicoterapia (terapia específica), sólo consideramos como tal aquel que quedaba reflejado en la historia y en el que se usaban planes preestablecidos propios de esa modalidad psicoterapéutica. Un probable sesgo es el factor de confusión que supone el perfil de pacientes que se incluyen en esta modalidad de tratamiento<sup>24</sup>.

Para Freire<sup>16</sup> "es importante el momento en que tienen lugar la interrupción para poder comprender los distintos factores implicados y sus consecuencias. Berrigan y Garfield relacionan los pacientes que pierden citas con aquellos que abandonan, no existe esta relación con los pacientes que cancelan la cita<sup>28</sup>. En nuestro trabajo existe una relación inversa entre número de citas perdidas y tasa de abandono. Consideramos que existe un sesgo, pues el mayor tiempo en tratamiento aumenta la probabilidad de citas perdidas y los pacientes que aban-

donan lo hacen en las primeras citas como demuestran también otros trabajos<sup>16</sup>. No existen diferencias con significación estadística al cruzar las variables número de cambios y el diagnóstico de neurosis y psicosis.

A pesar de abandonar en las primeras visitas, el 25,8% de los casos fueron atendidos de urgencia al menos en una ocasión. Esto supone que del total de los pacientes que acuden de forma urgente, el 45,8% abandonarán posteriormente el tratamiento. Nosotros relacionamos estos resultados con el descontento del paciente respecto al tipo de abordaje y perioricidad de las visitas o lo que es lo mismo, a la sensación de no sentirse ayudado en su problema. De este subgrupo que realizan al menos una visita de urgencias y posteriormente abandonan, el 69,7% fueron diagnosticados de trastorno adaptativo o trastorno neurótico, sin embargo no observamos diferencias significativas estadísticas cuando lo comparamos con el subgrupo control (diagnóstico de trastorno adaptativo y trastorno neurótico que no abandonan).

Sorprendentemente, los sujetos que no cambiaron de terapeuta abandonaban más que aquellos que sí lo hacían, otros autores consideran que "el que un mismo paciente sea visto por varios terapeutas aumenta el riesgo de que interrumpa precozmente el tratamiento"<sup>5</sup>. Cuando relacionamos el abandono con el número de cambios de terapeuta, constatamos que los pacientes menos abandonadores habían tenido al menos dos cambios de terapeuta. No sabemos si estos datos nos pueden hacer pensar que lo importante es la institución por encima de la relación médico-enfermo.

El estado socioeconómico se ha manifestado en muchos trabajos como una de las pocas variables significativas estables asociadas a abandono, la mayoría de autores lo asocian a estatus socioeconómico bajo<sup>7,22,28</sup>, aunque no siempre existe correlación entre estatus económico con el término estatus de empleo (G. Hillis y col.)<sup>22</sup>. Otros utilizan parámetros indirectos de bajo nivel socioeconómico, como son la situación de desempleo, recibir algún tipo de prestación social<sup>25</sup> o bien el carecer de seguro<sup>9</sup>. En nuestro

estudio el abandono se asocia, como esperábamos, a un mayor nivel económico, si equipáramos éste con profesiones de mayor nivel de responsabilidad y empresarios, en los que la asistencia continuada les ocasionará perjuicios económicos. También se dan unas mayores tasas de abandono en las amas de casa, que es un resultado que no esperábamos, y que relacionamos con la patología predominante en este grupo (72,6% neurosis).

Respecto a la situación laboral, el abandono se asocia a los grupos que no necesitan justificar ante un tercero la falta de asistencia a las citas médicas (incapacidad laboral parcial, total y absoluta o los jubilados con o sin prestación económica), así como, los trabajadores por cuenta ajena, fijos o eventuales, en los que la asistencia continuada al centro sanitario podría acarrearles un perjuicio económico o dificultades en su empleo.

No acertamos en encontrar una explicación plausible en la mayor adherencia de los pacientes sin profesión determinada o en los parados con o sin subsidio, ni respecto a las diferentes tasas de adherencia entre obreros cualificados y no cualificados, en los que esperábamos comportamientos similares, en cualquier caso las muestras de ambos grupos son pequeñas para sacar conclusiones válidas. Son asimismo más adherentes aquellos que necesitan justificar la falta de asistencia a sus trabajos (incapacidad laboral transitoria) y los estudiantes, en los que la falta a clase puede reportarles ventajas.

Un 11,2% del total de pacientes volvieron a consultar (17,8% de los casos y el 2,9% de los controles). Los datos presentados por otros autores son difícilmente comparables pues el planteamiento del estudio es diferente. En general todos coinciden en que una amplia mayoría de los pacientes que abandonan el tratamiento o pierden citas vuelven a solicitar nueva cita en un periodo de tiempo corto<sup>8,26,27</sup>.

## Conclusiones

Variables sociodemográficas como son la edad, sexo y estado civil y variables clínicas, diagnósti-

co y existencia de tratamiento farmacológico son las asociadas al abandono en nuestro estudio.

Sin embargo, no existe la posibilidad de actuar de manera eficiente sobre estas variables para mejorar la adherencia.

Debemos, por tanto, centrar nuestros esfuerzos en el conocimiento de los factores asistenciales, probablemente mediante una redefinición de los mismos, intentando crear parámetros que realmente demuestren el camino a seguir.

Sabemos que la adherencia tiene su elemento capital en la adecuación entre las necesidades del paciente y la respuesta que damos a éste. Por lo tanto deberemos adecuar nuestra oferta a las expectativas del paciente o hacerle comprender la irracionalidad o inconveniencia de lo que espera de nuestra atención, modificando sus creencias y expectativas y consiguiendo su colaboración. Asimismo, será necesario la creación de criterios precisos de intervención para evitar innecesariamente el tratamiento.

Dado que una atención más estrecha se relaciona con un mejor nivel de adherencia en grupos que en otros estudios se han demostrado como no cumplidores (psicóticos), es necesario la creación de estrategias nuevas y creativas que nos permitan un mayor acercamiento al paciente, consiguiendo a la par su colaboración.

Se desprende de nuestro estudio que la relación médico/terapeuta-paciente no es el único marco en que se establece el contrato terapéutico.

Tendremos que ahondar en el estudio de las variables asociadas al abandono y en las estrategias para evitarlo, aprovechando los conocimientos adquiridos de los diferentes trabajos realizados, hechos como la mejor adherencia si utilizamos fármacos o terapia específica deben hacernos reflexionar.

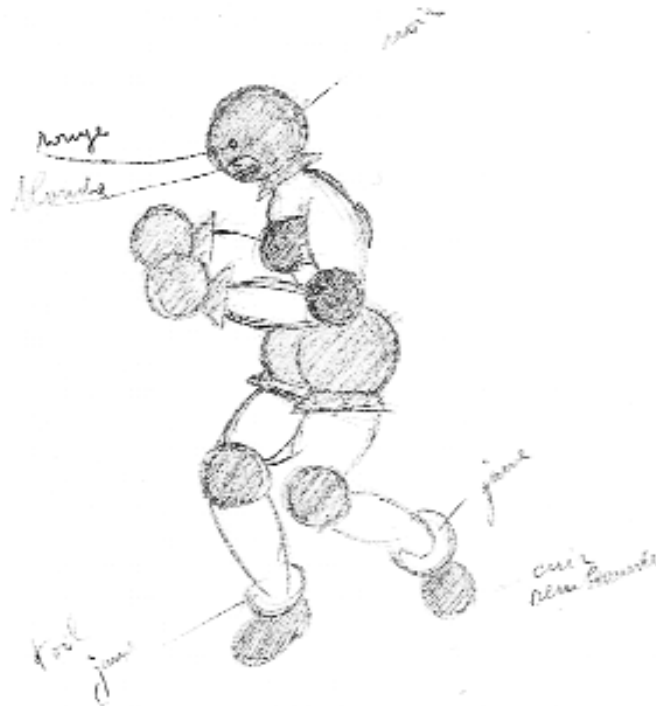
## Bibliografía

1. Blackwell B. Treatment adherence. *Brit. J. Psychiat.*, 1976; 129: 513-531.
2. García Cabeza, I., Sánchez Díaz, E.I., Sanz Amador, M., Gutiérrez Rodríguez, M., González Chávez, M. "Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos". *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27 (4): 211-216.
3. Falloon I. et al. En "programa psicoeducativo integrado in psiquiatría. Guida al lavoro con le famiglie". II edizione: 1993. Edizione Centro Studi Erickson.
4. Kelly G, Scott J. Medication Compliance and Health Education Among Outpatients With Chronic Mental Disorders. *Medical Care*, 28:12, December 1990; 1181-1197.
5. Freire, B. "Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol. VI. N° 16. 1986; 22-42.
6. Kazdin A, Mazurick J. Dropping Out of Child Psychotherapy: Distinguishing Early and Late Dropouts Over the Course of Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994; 62: 5, 1069-1074.
7. Bischoff R, Sprenkle D. Dropping out of Marriage and Family Therapy: A critical Review of Research. *Fam. Proc.*, vol. 32, Septiembre, 1993; 353-375.
8. Roberts H. Neurotic Patients Who Terminate their own Treatment. *British Journal of Psychiatry*, 146, 1985; 442-445.
9. Swett Ch, Noonan J. Factors Associated With Premature Termination from outpatient Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40:9, September 1989; 947-951.
10. Bebbington P.E. Contenido y contexto del cumplimiento. *International Clinical Psychopharmacology* (1995); 9 suppl 5, 41-50.
11. Graveley E, Oseasonh C. Multiple Drug Regimens: Medication Compliance among Veterans 65 Years and Older. *Research in Nursing & Health*, 14, 1991; 51-58.
12. 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. *Pediatric Emergency Care*, 10: 1, 1994; 6-12.
13. Warner R, Taylor D, Wright J, Sloat A, Springett G, Arnold S, Weinberg H. Substance Use Among The Mentally Ill: Prevalence, Reasons for Use, and Effects on Illness. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 64: 1, January 1994; 30-39.
14. Cross D, Warren C. Environmental factors associated with continuers and terminators in adult out-patient psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 57: 1984; 363-369.
15. Sullivan, Wells, Morgenstern, y col. "Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi". *Am J Psychiatry* 152: 12 December 1995.
16. Freire B. "Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol. X. N° 33. 1990; 221-227.
17. De las Cuevas C., Zereck E., Domínguez et al. Cum-

- plimiento de las citas concertadas. *Psiquis* 1996; 17 (9): 457-464.
18. De las Cuevas C, De Rivera L. Cumplimiento de la medicación neuroléptica y curso de la esquizofrenia. *Psiquis*. Vol. 15 (3) (pp 11-12+17-20), 1994.
  19. Mohl P, Martínez D, Tirknor C, Huang M, Cordell L. Early Dropouts from Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179: 8, 478-481.
  20. Frayn D. Assessment Factors Associated With Premature Psychotherapy Termination. *American Journal of Psychotherapy*, XLVI:2, April 1992; 251-261.
  21. Sledge W, Moras K, Hartley D, Levine M. Effect of Time-Limited Psychotherapy on Patient Dropout Rates. *Am J Psychiatry*, 147: 10, October 1990; 1341-1347.
  22. Hillis G, Alexander D, Eagles J.M. Premature Termination of Psychiatric Contact. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39: 2, 1993; 100-107.
  23. Campbell B, Staley D, Matas M. Who Misses appointment? An empirical Analysis. *Can. J. Psychiatry*, 36: 3, April 1991; 223-225.
  24. Ortega F, Ponce C. Adhesión a los Tratamientos: Análisis de los Abandonos (datos preliminares). *Maristan*. Vol. IV Núm. 9, Diciembre 1995; 55-63.
  25. Matas M, Staley D, Griffin W. A Profile of Noncompliant Patient: A Thirty-Month review of Outpatient Psychiatry Referrals. *General Hospital Psychiatry*, 14, 1992; 124-130.
  26. Nicholson I. Factors Involved in Failure to Keep Initial Appointments With Mental Professionals. *Hospital and Community Psychiatry*, 45: 3, March 1994; 276-278.
  27. Sparr L, Moffitt MC, Ward M. Missed Psychiatric Appointments: Who Returns and Who Stays Away. *Am J Psychiatry*, 150: 5, May 1993; 801-805.
  28. Berrigan L, Garfield S. Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 1981; 239-242.

### Correspondencia:

Amalio Bueno Heredia.  
Equipo de Salud Mental de Distrito de Jerez.  
C/ Luis Diez, 15. Jerez de la Frontera, Cádiz.  
Tel. 956.33.41.07/956.33.60.60



**Boxeo, danza deportiva futurista**  
*Enrico Prampolini. 1925-1926*

Lápiz papel  
Boceto para traje