

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**FACTORES DETERMINANTES EN EL ABANDONO
TERAPEÚTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS
MENTALES: EL PAPEL DE LA INDEFENSIÓN
APRENDIDA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Elena Muñoz Marrón

Bajo la dirección de la doctora

Pilar Ferrándiz López

Madrid, 2004

ISBN: 84-669-2659-3

**FACTORES DETERMINANTES EN EL
ABANDONO TERAPÉUTICO EN PACIENTES
CON TRASTORNOS MENTALES: EL PAPEL
DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA**

Elena Muñoz Marrón

Directora: Dra. Pilar Ferrándiz López

**A mis padres, de quienes he heredado
la pasión por el conocimiento**

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que se han visto implicadas, directa o indirectamente, en la realización de esta investigación.

Ante todo a la Dra. Pilar Ferrándiz López por su orientación y asesoramiento, y especialmente por la confianza que desde un principio depositó en mí.

Igualmente, quiero agradecer a Blanca Reneses el apoyo y afecto brindados, a Fernando su inagotable paciencia, a Paloma sus constantes y desinteresadas ganas de ayudar y a todos mis amigos su gran comprensión.

Este trabajo se ha llevado a cabo gracias a la concensión de una beca predoctoral de la Agencia Pedro Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
PRIMERA PARTE:	
PERFIL DE ABANDONO A PARTIR DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y RELATIVAS AL PROFESIONAL RESPONSABLE	
2. EL ABANDONO TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL	13
2.1. Concepto de abandono terapéutico	18
2.2. Modelos de abandono terapéutico	24
2.3. Abandono terapéutico y factores sociodemográficos.....	37
2.4. Abandono terapéutico y factores clínicos y asistenciales	45
2.5. Abandono terapéutico y factores relativos al tratamiento y al terapeuta	55
2.6. Consecuencias del abandono terapéutico	68
3. FACTORES DETERMINANTES DEL ABANDONO TERAPÉUTICO: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, ASISTENCIALES, TERAPÉUTICAS Y RELATIVAS AL PROFESIONAL	
3.1. Planteamiento e hipótesis	75
3.2. Material y método	
3.2.1. Variables del estudio	78
3.2.2. Muestra	84
3.2.3. Material	92
3.2.4. Análisis estadístico	93
3.2.5. Procedimiento	94

3.3.	Resultados	
3.3.1.	Índices de abandono	95
3.3.2.	Variables sociodemográficas	97
3.3.3.	Variables clínicas	108
3.3.4.	Variables relativas a la terapia y al terapeuta	118
3.3.5.	Perfil de abandono a partir de variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y relativas al profesional responsable	130
3.4.	Conclusiones y discusión	137

**SEGUNDA PARTE:
EL PAPEL DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA
EN EL ABANDONO TERAPÉUTICO EN PACIENTES
CON TRASTORNOS MENTALES**

4.	INDEFENSIÓN APRENDIDA	165
4.1.	Metodología experimental	167
4.2.	Conceptos básicos de la indefensión aprendida	169
4.3.	Formulación inicial de la indefensión aprendida	171
4.4.	Reformulación de la Teoría de la indefensión aprendida	174
4.5.	Aspectos relevantes de la indefensión aprendida	184
4.6.	Déficit causados por la indefensión aprendida	188
4.6.1.	Déficit motivacionales	190
4.6.2.	Déficit cognitivos	192
4.6.3.	Déficit emocionales	193
4.7.	Bases fisiológicas de la indefensión aprendida	196
4.8.	Hipótesis explicativas de la indefensión aprendida	202
4.8.1.	Hipótesis de la inactividad inducida por estrés	202
4.8.2.	Hipótesis de la inactividad aprendida	203
4.8.3.	Teoría de la inatención condicionada	205
4.9.	Experimentación en humanos	207
4.10.	Indefensión aprendida y depresión	215

4.11.	Indefensión aprendida y salud	221
4.12.	Muerte por indefensión	227
4.13.	Prevención y terapia	229
5.	INDEFENSIÓN APRENDIDA Y ABANDONO TERAPÉUTICO	
5.1.	Locus de control y abandono terapéutico	241
5.2.	La indefension aprendida y su relación con el abandono terapéutico.....	252
6.	FACTORES Y RASGOS DE PERSONALIDAD DETERMINANTES EN EL ABANDONO TERAPÉUTICO	
6.1.	Investigación en diferentes campos de la salud	259
6.2.	Investigación en salud mental	259
6.3.	Investigación con instrumentos estandarizados	262
6.4.	Modelo de los cinco factores de personalidad y abandono terapéutico.....	286
7.	FACTORES DETERMINANTES DEL ABANDONO TERAPÉUTICO: EL PAPEL DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA	
7.1.	Planteamiento e hipótesis	303
7.2.	Material y método	
7.2.1.	Variables del estudio.....	306
7.2.2.	Muestra	310
7.2.3.	Material	315
7.2.4.	Análisis estadístico	320
7.2.5.	Procedimiento	321
7.3.	Resultados	
7.3.1.	Indefensión aprendida	322
7.3.2.	Variables de personalidad	334
7.3.3.	Perfil de abandono a partir de factores de personalidad e indefensión aprendida	341
7.4.	Conclusiones y discusión	348

**CONCLUSIONES GENERALES Y MODELO
PROPUESTO PARA LA EXPLICACIÓN
DEL ABANDONO TERAPÉUTICO**

8. MODELO PROPUESTO DE ABANDONO TERAPÉUTICO Y CONCLUSIONES GENERALES	373
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	385
Índice de tablas	447
Índice de figuras	450
ANEXO I	452
ANEXO II	454
ANEXO III	461

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La idea que impulsó el desarrollo de esta investigación fue el conocimiento de las numerosas y graves repercusiones que el abandono terapéutico posee. Las implicaciones de la falta de adherencia son de muy diversa índole, y abarcan tanto cuestiones económicas como sociales, y, por supuesto, clínicas.

Los pacientes que abandonan el tratamiento que están recibiendo no consiguen los resultados terapéuticos esperados, lo que se traduce en un aumento de la probabilidad de recaída y un nuevo uso de los servicios de salud mental, con el consiguiente aumento de los costes sanitarios. Pero en todo caso, el mayor perjudicado es el paciente, el cual sufrirá una merma en su salud mental que se irá acrecentando con nuevos comportamientos no adherentes futuros.

El abandono del tratamiento constituye un proceso complejo determinado por múltiples factores específicos del individuo, el trastorno mental que éste padece, la terapia proporcionada por el profesional y el contexto terapéutico en el que se desarrolla. Aunque la inmensa mayoría de los autores comparten la idea de que el abandono es un fenómeno multideterminado, los estudios existentes se concentran en uno o muy pocos de los factores implicados, repitiéndose dichos factores en la literatura científica a lo largo de los años.

Hasta ahora la mayor parte de la investigación ha dirigido sus esfuerzos a esclarecer el papel que juegan diferentes características sociodemográficas -siendo éstas las únicas variables con un consistente soporte empírico- en la determinación del abandono terapéutico, obviando otras variables que, en nuestra opinión, pueden tener

mayor relevancia, sobre todo en lo que se refiere a la posible intervención para la mejora de la adherencia.

En el presente estudio, además de corroborar y matizar algunos de los hallazgos más relevantes de la investigación existente acerca de las variables sociodemográficas y asistenciales, se pretende ofrecer nuevos datos que ayuden a la mejor predicción del abandono del tratamiento, y, por lo tanto, a llevar a cabo intervenciones terapéuticas más eficaces que aumenten la adherencia a la terapia por parte del paciente, mejorando, así, los resultados terapéuticos.

Concretamente pretendemos demostrar el papel determinante de la indefensión aprendida en el abandono o cumplimiento del tratamiento. Los déficit característicos de la indefensión tienen gran trascendencia en la adherencia terapéutica, ya que la motivación que conduce al individuo a responder de manera adaptativa y eficaz ante situaciones de estrés -como es el surgimiento de una enfermedad mental- aparece mermada en pacientes que presentan indefensión como consecuencia de los déficit cognitivos y motivacionales característicos de las personas indefensas.

Por ello, consideramos que cuanto mayor sea el grado de indefensión de los pacientes, menor será la motivación para iniciar y mantener respuestas voluntarias encaminadas a la reducción de los síntomas de la enfermedad que presentan, y menos eficaces serán éstas, lo que influirá en gran medida en el grado de adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Tampoco queremos olvidar la relevancia de los rasgos de personalidad en la adherencia terapéutica, por lo que, tomando como marco teórico de referencia el modelo de los cinco factores de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura,

amabilidad y responsabilidad) hemos explorado la importancia de dichos rasgos en el abandono del tratamiento.

A partir del estudio de las variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, relativas a la terapia y al terapeuta, factores de personalidad e indefensión aprendida se propone un modelo teórico para la explicación del abandono terapéutico. Este modelo permite la identificación del perfil característico del paciente con alto riesgo de abandono, lo que constituye el punto de partida para la reducción del abandono del tratamiento de los pacientes con trastornos mentales.

El conseguir un perfil lo más preciso posible de las características determinantes del abandono de la terapia tiene, sin duda, una enorme repercusión en la posible intervención que realicemos con el fin de aumentar la adherencia terapéutica.

Para lograr desarrollar un perfil capaz de predecir de forma completamente fiable si un paciente determinado va a abandonar el tratamiento es necesario el desarrollo de mayor investigación relacionada con el abandono terapéutico y las variables que influyen en él, partiendo siempre de un concepto de abandono común a todos los estudios y una metodología rigurosa de investigación.

PRIMERA PARTE:
PERFIL DE ABANDONO A PARTIR DE
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS,
CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y
RELATIVAS AL PROFESIONAL
RESPONSABLE

2. EL ABANDONO TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL

2. EL ABANDONO TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL

La falta de adherencia a los tratamientos aparece con gran frecuencia en la práctica médica en general (Baum et al., 1985; Cramer et al., 1989; Dracup y Doering, 2000; Kendric y Bayne, 1982; Moser et al., 1997; Robertson, 1985; Trick, 1993), haciéndose más acusada en enfermedades crónicas y trastornos psíquicos. Este hecho clínico es universal y común a todas las categorías de trastornos y a los distintos programas de tratamiento (Roberts, 1985), afectando, aunque no en la misma medida, a todos los grupos demográficos y socioeconómicos (Freire Arteta, 1986).

El abandono terapéutico ocurre con una frecuencia que varía desde el 20% hasta el 60% de los pacientes que acuden a recibir un tratamiento a centros de salud mental (Altamura y Malhi, 2000; Baekeland y Lundwall, 1975; Bebbington, 1995; Bueno Heredia et al., 2001; Caton, 1981; Curson et al., 1985; DiMatteo et al., 1993; Freire Arteta, 1990; Gaebel, 1997; Gerhand y Blakey, 1994; Goldstein et al., 2001; Keck et al., 1996; Kelly y Scott, 1990; Luk et al., 2001; Matas et al., 1992; Owen et al., 1996; Pelkonen et al., 2000; Ruscher et al., 1997; Sparr et al., 1993; Sweet y Nones, 1989; Verdux et al., 2000; Wahlbeck et al., 2001), e incluso más alto en determinadas investigaciones (Corrigan et al., 1990; Keck et al., 1996; Weiden et al., 1991; Young, Zonana y Shepler, 1986).

Además, el abandono puede sobrepasar el 60% cuando se evalúa la no asistencia a la primera cita de toma de contacto (Bachman, 1993; Baekeland y Lundwall, 1975; Burgoyne, Acosta y Yamamoto, 1983; Carpenter, Morrow, Del Gaudio y Ritzler, 1981; Hochstadt y Trybula, 1989; Kluger y Karras, 1983; Nicholson, 1994; Swenson y Pekarik, 1988), lo que constituye el abandono más precoz que puede existir, ya que ni siquiera se llega a comenzar una terapia. La proporción de abandonos,

suele ser similar, incluso en áreas geográficas diferentes y muy distantes entre sí (Roberts, 1985), aunque varía, principalmente, en función de la muestra estudiada.

ESTUDIO	PORCENTAJE DE ABANDONO
Pekarik (1992)	53%
Meresman et al. (1995)	52%
Garfield (1986)	> 50%
Pekarik (1985)	> 50%
Persons et al. (1988)	50%
Wierzbicki y Pekarik (1993)	46,86%
Fisher et al. (1993)	40,7%
Burlingame et al. (1989)	33,3%
Beckham (1992)	33,3%
Piper et al. (1991)	28%
Livianos-Aldana et al. (1999)	25%
Geyer, Plöttner y Winiecki (1991)	20,2%
Luborsky et al. (1988)	16,2%
Hunt y Andrews (1992)	17,32%
Mattick, Andrews, Hadzi-Pavlovic y Christensen (1990)	16%
Allgood y Crane (1991)	15%

Tabla 1. Ejemplos de la variabilidad en el porcentaje de abandono de la terapia en diferentes estudios (Modificado de Castillo, Pérez-Testor y Aubareda, 1996).

El porcentaje de abandonos es más alto en los primeros meses de tratamiento (Elkin y otros, 1989; Luk et al., 2001; Shea, Pilkonis y Beckham, 1990) o tras recibir el alta hospitalaria (Keck et al., 1996), lo que se traduce en recaídas y nuevos episodios de la enfermedad que pueden incluso revestir mayor gravedad. Este índice de no cumplimiento va decreciendo con el tiempo, por lo que al año de tratamiento los pacientes que lo interrumpen no sobrepasan el 15% (Blackwell, 1976; Weiden et al., 1994).

A pesar de que el abandono terapéutico constituye un problema generalizado, y presenta graves repercusiones en los resultados clínicos, no se comenzó a tratar como tema científico hasta la década de los 70. El incremento del interés por el estudio del abandono terapéutico estuvo -y está- determinado por influencias tanto de carácter social como económicas y clínicas. A partir de este momento aparecieron numerosas publicaciones dedicadas a esta problemática específica, estudiando el no cumplimiento de las pautas prescritas, el abandono definitivo del tratamiento y la falta de asistencia a las citas. A lo largo del tiempo la investigación se ha centrado en todas las poblaciones de pacientes que abarca el área de la salud mental, incluyendo tanto pacientes hospitalarios como ambulatorios pertenecientes a centros públicos o privados, centros de día, clínicas infantiles, etcétera (Blackwell, 1976).

En los últimos años el abandono prematuro del tratamiento ha sido ampliamente estudiado, pero muy pocas investigaciones poseen un diseño metodológico adecuado y una correcta definición de los términos que se pretenden medir (Blackwell, 1976), por lo que, aunque la investigación sea extensa, se carece de resultados generalizables en prácticamente la totalidad de las variables estudiadas, lo que no impide que existan

estudios muy claros y precisos que muestran la predicción que a partir de ciertas variables se puede hacer del potencial abandono terapéutico.

Para tener una visión completa del fenómeno de abandono es necesario conocer tanto los factores implicados como las consecuencias de la interrupción de la terapia (Freire Arteta, 1990), y aunque no es tarea fácil controlar, organizar y analizar la interrelación de las variables que conducen al abandono terapéutico (Otero et al., 2001), los resultados de la investigación sugieren que los pacientes que presentan un alto grado de abandono pueden ser identificados a lo largo del tratamiento (Sweet y Nones, 1989). Conociendo los factores de riesgo, poseyendo habilidades para educar y motivar al paciente y empleando estrategias para la modificación del comportamiento de éste, es posible mejorar la adherencia al tratamiento, aumentándola y consiguiendo así resultados clínicos más favorables.

Se sabe que hay determinadas conductas médicas, modalidades de atención, regímenes terapéuticos, etc. que ejercen una influencia, ya sea ésta positiva o negativa, sobre el cumplimiento terapéutico, por lo que el profesional no debe ser un mero observador, sino parte responsable de la adherencia del paciente.

Por lo tanto, el incumplimiento no constituye únicamente un fracaso del paciente, sino que las actitudes del profesional y su forma de trabajar determinan en gran medida el deseo de interrumpir la terapia (DiMatteo et al., 1993; Galperin, 1994; Tebbi, 1993). Por este motivo, los psicólogos y psiquiatras debemos ser capaces de reconocer nuestra responsabilidad, intentando eliminar las conductas y actitudes inadecuadas que nosotros mismos presentamos en el ejercicio de nuestra profesión.

2.1. CONCEPTO DE ABANDONO TERAPÉUTICO

La primera labor que hay que realizar a la hora de llevar a cabo una investigación sobre la falta de adherencia al tratamiento es definir qué se entiende por abandono terapéutico, ya que si esta definición no es clara y precisa, el estudio no puede dar lugar a resultados concluyentes y generalizables. Lo ideal sería que toda la investigación sobre el tema empleara un lenguaje y unos criterios uniformes, pero no es así, por lo que a continuación se señalan las definiciones más frecuentemente utilizadas.

Un amplio número de términos ha sido empleado para hacer referencia al mismo fenómeno visto desde ángulos diferentes. Así, *adherencia terapéutica*, *adhesión*, *continuidad* o *cumplimiento* reflejan el hecho de que los pacientes sigan de forma adecuada el tratamiento prescrito, mientras que *abandono*, *no cumplimiento*, *terminación prematura* o *discontinuidad* se refieren al hecho de no cumplir con la terapia que el profesional está proporcionando.

El problema del abandono o falta de adherencia al tratamiento ha sido definido de diferentes formas por los distintos autores que han estado inmersos en la investigación de este fenómeno; así la adherencia es definida como el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médico - sanitarias prescritas, mientras que la falta de adherencia se entiende como el no cumplimiento por parte del paciente de los horarios sugeridos por el profesional para el manejo de alguna enfermedad, el no comenzar un programa de tratamiento, la terminación prematura de la terapia o la implementación incompleta de las prescripciones.

Una de las definciones más aceptadas de cumplimiento es la proporcionada por Haynes, Taylor y Sackett, ya en 1979, que lo definen como “la forma en la que el comportamiento de una persona coincide con los consejos médicos o de salud”. Así, los pacientes que continúan con su tratamiento, denominados también *terminadores naturales* (Hillis et al, 1993) son aquellos que completan su tratamiento, finalizando éste de mutuo acuerdo entre el paciente y el terapeuta, y satisfaciéndose los objetivos de la terapia.

Al fin y al cabo el cumplimiento y no cumplimiento de la terapia forman un continuo en el que los extremos representan los abandonos en un lado y los pacientes con completa adhesión terapéutica en el otro, mientras que el grupo irregular, es decir aquellos pacientes que no cumplen bien con el tratamiento pero que no lo abandonan, se sitúa en el espacio existente entre ambos extremos.

El cumplimiento o adherencia al tratamiento es definido por diferentes autores en función del tipo de tratamiento que llevan a cabo, por lo que existen investigadores que se centran en el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas, mientras que otros lo definen en función del cumplimiento de las recomendaciones conductuales, la asistencia o no a las citas psicoterapéuticas, etc. Las clasificaciones de abandono terapéutico que consideramos que mejor se adecuan a la investigación sobre adherencia al tratamiento son las realizadas por Goodwin y Jamison (1990), y años más tarde por Gaebel (1997).

Goodwin y Jamison (1990) operacionalizaron el cumplimiento de la siguiente manera:

- ✓ Cumplimiento total: evidencia total por parte del paciente y otras personas significativas de que el régimen terapéutico ha sido llevado a cabo tal como se prescribió.
- ✓ No cumplimiento parcial: evidencia por las mismas fuentes que en el caso anterior de que algunas prescripciones, pero no todas, se han cumplido consistentemente, o que todas se han cumplido de forma intermitente.
- ✓ No cumplimiento total: evidencia de discontinuidad completa de la terapia.

Por su parte Gaebel (1997) diferencia varios tipos de no cumplimiento, incluyendo:

- ✓ Rechazo al tratamiento: en este caso el paciente no quiere ni siquiera iniciar un tratamiento, rechazando todo tipo de indicación o ayuda por parte del profesional. El rechazo aparece normalmente por una negación de la enfermedad por parte del paciente. Hay autores que no consideran el rechazo al tratamiento como abandono terapéutico (Freire Arteta, 1990), ya que ni siquiera se ha comenzado la terapia.
- ✓ Discontinuidad de la terapia: la terminación prematura o discontinuidad consiste en la interrupción del tratamiento por parte del paciente sin acordarlo con el profesional responsable o en contra del consejo del mismo, y es una consecuencia del pensamiento del paciente acerca de la falta de necesidad de continuar con el tratamiento. El procedimiento más normal para abandonar la terapia es no acudiendo a las citas y no volviendo a contactar con el centro en el que se lleva a cabo el tratamiento (Berrigan y Gardfield, 1981; Cross y Warren, 1984; Sweet y Nones, 1989). El periodo de tiempo para considerar que alguien ha abandonado el tratamiento es de seis meses desde que se perdió la última cita, sin que el paciente

haya vuelto a solicitar ayuda (Sparr et al., 1993), aunque hay autores que reducen a dos meses este periodo (Roberts, 1985). En la investigación sobre la discontinuidad se suelen tener en cuenta el número de sesiones a las que se ha acudido (Freire Artera, 1990).

- ✓ Irregularidades en el tratamiento: hay pacientes que no cumplen con las advertencias clínicas tal y como han sido prescritas, cometiendo errores en la toma de la medicación o en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas (Ruscher et al., 1997). Estas irregularidades ocurren normalmente como resultado de la complejidad del régimen o la falta de interés de la persona que recibe el tratamiento. El cumplimiento caprichoso es un tipo de irregularidad en la que el paciente toma la medicación según se encuentre en un día particular o en un momento determinado.

Muchos investigadores realizan su propia clasificación para llevar a cabo su estudio, como por ejemplo Kemp y sus colaboradores (1998), que codifican la adherencia del paciente de forma que el cumplimiento puede ir desde el rechazo completo de recibir tratamiento hasta la participación activa en la terapia, pasando por diferentes estadios que incluyen el rechazo parcial, la aceptación de recibir tratamiento tras mucha persuasión y la aceptación pasiva de la terapia.

Por su parte, Buchanan (1992) divide la adherencia terapéutica en una variable categórica ordenada en tres categorías: adherencia de menos del 25% de las prescripciones o bajo cumplimiento, entre el 25% y el 75% y mayor al 75% o buen cumplimiento.

Otro aspecto fundamental a la hora de analizar las investigaciones realizadas acerca de los factores que influyen en el abandono terapéutico es la forma en la que éste ha sido medido. La información que ofrece el paciente acerca de su cumplimiento ha sido muy utilizada, pero se ha demostrado que no es un indicador fiable del cumplimiento (Blackwell, 1976; Hays y DiMatteo, 1987; Marder, 1998), por lo que, si es posible, es conveniente contar con la opinión de personas cercanas al paciente, tales como familiares, amigos o cuidadores que den cuenta del grado de cumplimiento del paciente.

En caso de que el paciente esté tomando medicación se pueden emplear diferentes técnicas, que presentan distintos niveles de exactitud y son más o menos invasivos. Entre las medidas más empleadas para comprobar la adherencia a la terapia farmacológica encontramos las siguientes:

- ✓ Contar el número de píldoras que faltan de la caja: esta medida se ha empleado mucho en el pasado (Graveley y Oseasohn, 1991), pero no constituye un método fiable, ya que el hecho de que no estén en la caja no significa que hayan sido consumidas (Kane, 1983; Pullar et al., 1989).
- ✓ Análisis biológicos: las pruebas de orina -que sobrestiman el cumplimiento con drogas como los antipsicóticos, que tienen una larga vida (Churchill, 2002)-, el análisis de la saliva o los análisis de sangre (Blackwell, 1976), que son algo más caros y más invasivos que los anteriores, son medidas más fiables que el recuento de píldoras.

- ✓ Observación directa del paciente: es una buena medida si el tratamiento es hospitalario (Farmer, 1999), ya que en pacientes ambulatorios llevar un control total del cumplimiento es prácticamente imposible.
- ✓ Cuestionarios y entrevistas de adherencia: constituye una medida fácil de administrar y puede explicar un gran número de factores que influyen en el cumplimiento terapéutico del paciente, pero no proporciona datos continuos acerca de la adherencia ni asegura la veracidad de los datos obtenidos (Grymonpre et al., 1998; Matsui et al., 1994; Straka et al., 1997).

Se han empleado múltiples métodos para estudiar la adherencia, pero ninguno de ellos individualmente constituye una perfecta medida estandar para todos los tipos de adherencia en salud mental (Farmer, 1999).

Es necesario distinguir entre el cumplimiento referido a un control periódico, a una consulta programada o a las indicaciones terapéuticas, ya que la adhesión no es la misma cuando se trata de tomar una medicación que cuando se deben realizar ciertas conductas o cumplir con determinados regímenes terapéuticos. De todos los aspectos a los que debe adherirse un paciente el más complejo y más difícil de lograr es cuando se le indica un cambio en su estilo o hábitos de vida (Evans y Haynes, 1990), principalmente cuando estas modificaciones deben seguirse por un periodo prolongado de tiempo o de por vida (Randall, 1992).

2.2. MODELOS DE ABANDONO TERAPÉUTICO

La mayoría de los estudios realizados sobre el abandono terapéutico están guiados por una de las principales teorías del cumplimiento (Leventhal y Cameron, 1987). Estas teorías son las siguientes:

- ✓ Modelo biomédico
- ✓ Modelo de la comunicación
- ✓ Modelo de los sistemas de autorregulación
- ✓ Teoría de la creencia racional: Modelo de la creencia de salud.

Cada una de estas orientaciones teóricas considera el problema de la falta de cumplimiento desde una perspectiva diferente y pone más o menos énfasis en procesos tales como el conocimiento de que se padece una enfermedad, la percepción del riesgo, la motivación para cumplir con la terapia, la selección y adquisición de comportamientos de afrontamiento, aspectos relativos al trastorno (severidad de los síntomas, duración...) y las características del régimen de tratamiento (complejidad, duración y efectos secundarios).

De entre estas teorías la más empleada, por ser considerada la más acertada en la explicación de este fenómeno, es el *Health belief model* o *Modelo de creencia de salud*, que se enmarca dentro de la *Teoría de la creencia racional*. Por este motivo este apartado estará centrado fundamentalmente en este modelo, lo que no se traduce en el olvido de los restantes enfoques teóricos.

2.2.1. Modelo de la comunicación

En lo que se refiere al cumplimiento del tratamiento prescrito, esta perspectiva teórica sostiene que el cumplimiento depende de 6 pasos principales (Henderson, Hall y Lipton, 1979; McGuire, 1980; McGuire, 1985):

1. Generación del mensaje por parte del profesional, en el cual se incluye la información de metas específicas del tratamiento y modos de conseguirlas.
2. Recepción del mensaje por parte del paciente.
3. Comprensión el mensaje por parte del paciente.
4. Retención del mensaje por parte del paciente.
5. Aceptación o creencia del mensaje por parte del paciente.
6. Acción de cumplimiento del paciente.

Leventhal, Zimmerman y Gutman (1984) han proporcionado un completo análisis de los factores implicados en estos estados de la comunicación, y han encontrado que el cumplimiento es mejor cuando el tratamiento es explicado con claridad por el profesional. El tiempo y la organización del mensaje tiene efectos considerables en la recepción, la comprensión y la retención del mismo, por lo que el mensaje no sólo debe ser específico, sino que también tiene que estar bien organizado y emitido de forma que permita al paciente atender a él y procesarlo completamente.

La adherencia al tratamiento depende en gran medida de la aceptación de la información acerca de la terapia en sí, pero el profesional también debe ser capaz de persuadir al paciente de la conveniencia de la misma, es decir, tiene que generar actitudes favorables hacia las acciones recomendadas. Así, la satisfacción del paciente

con el profesional responsable de su terapia correlaciona positivamente con el cumplimiento terapéutico, al igual que la opinión del paciente sobre la empatía, calor, interés y preocupación del terapeuta.

✓ Contribuciones positivas del modelo

Este modelo deja clara la importancia de proporcionar información ofreciendo maneras de llevar a cabo las acciones recomendadas además de la información empleada para la descripción de la enfermedad y el tratamiento.

Además, cabe destacar la importancia que esta perspectiva teórica da a la influencia positiva que ejercen las expectativas generadas en el paciente por parte del clínico.

✓ Deficiencias del modelo

Esta perspectiva se centra en la importancia que tienen para el cumplimiento terapéutico factores como la construcción, organización y comprensión del mensaje así como las expectativas del paciente al encontrarse con el profesional, pero existen pobres explicaciones acerca de cómo la información sobre el tratamiento afecta al cambio de actitud del paciente y por lo tanto sobre cómo actúa sobre el cumplimiento. En general, parece que la comunicación puede lograr que la persona sea más consciente de la seriedad y gravedad de los comportamientos de riesgo que adopta, lo que va a tener un alto impacto en el cumplimiento, pero no se explica de forma detenida este efecto.

Es cierto que la recepción, comprensión, retención y aceptación de las características del tratamiento son esenciales para el cumplimiento, pero no son

suficientes. La teoría de la comunicación no explica nada acerca de una multitud de factores, tales como la motivación del paciente o el apoyo social.

2.2.2. Modelo de los sistemas de autorregulación

Este enfoque teórico considera al individuo como un sujeto activo que resuelve sus propios problemas, y cuyos comportamientos están dirigidos a intentar acortar la distancia percibida entre su estado de salud actual y una meta o estado ideal (Carver y Scheier, 1982; Leventhal y Nerenz, 1983). Un comportamiento, como el cumplimiento terapéutico, depende de las representaciones cognitivas del individuo de su estado actual y de la meta perseguida, así como de las técnicas y reglas que el sujeto debe seguir para conseguir el progreso.

El modelo autoreglativo de la enfermedad de Leventhal (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984) identifica tres estados que regulan el comportamiento adaptativo elicitado durante un episodio que afecta a la salud. Estos estados son:

1. Representación cognitiva de la amenaza a su salud, que incluye los síntomas, la causa potencial de la enfermedad, las posibles consecuencias, y su manifestación en el tiempo.
2. Plan de acción o estado de afrontamiento, en el cual el individuo fórmula y comienza un plan de acción.
3. Estado de valoración, en el cual el individuo utiliza criterios específicos para conseguir el éxito de las acciones de afrontamiento.

En cualquiera de estos tres estadios pueden aparecer diferentes reacciones emocionales, y los planes de afrontamiento y valoración son generados para controlarlas. Los procesos implicados en el afrontamiento de las reacciones emocionales son normalmente paralelos y parcialmente independientes a los procesos cognitivos, aunque los dos están interactuando prácticamente en la totalidad del tiempo.

Ambos sistemas autoregulatorios permanecen en constante interacción y atienden tanto a estímulos perceptuales y medioambientales como al sistema de memoria del individuo. Así, distintas personas pueden construir representaciones mentales diferentes de la misma enfermedad y pueden ver diferentes planes de acción como apropiados para contener dicha enfermedad. Además, la misma persona puede percibir el mismo tipo de enfermedad de diferentes formas en diversos momentos en el tiempo y por lo tanto escoger vías alternativas de afrontamiento y planes de acción empleando criterios distintos que se adecuen a su representación cognitiva.

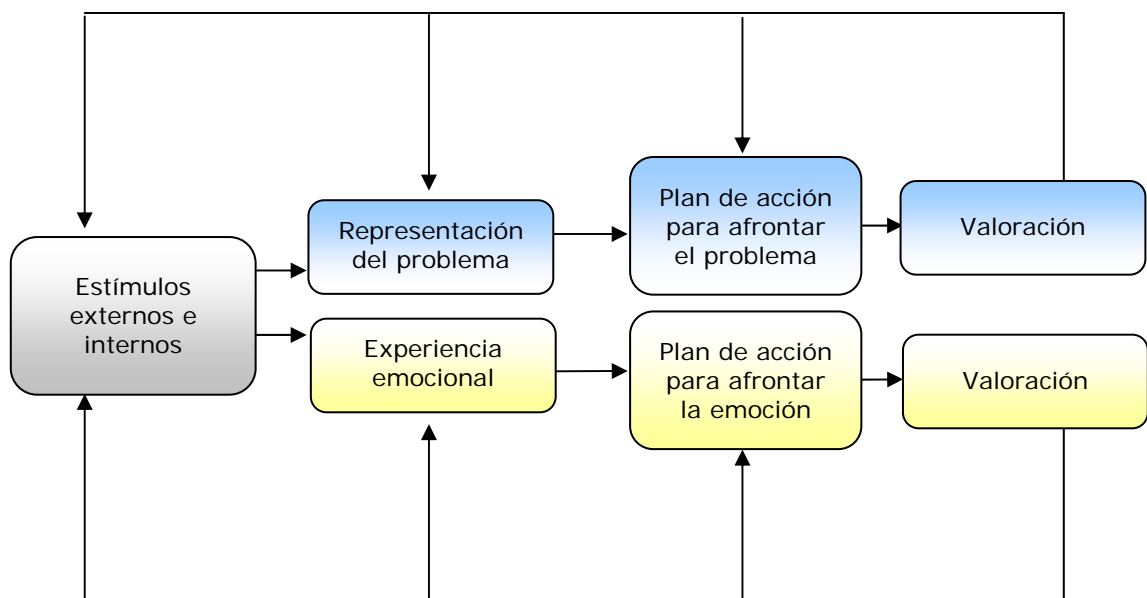


Figura 1. Modelo de autorregulación del comportamiento en enfermedad (Leventhal y Cameron, 1987).

Las representaciones de la enfermedad, los planes de acción y las normas de valoración serán construidas usando la memoria episódica y la memoria semántica. Es importante para la práctica preventiva del abandono terapéutico a largo plazo crear cierta consistencia entre el conocimiento semántico y el conocimiento episódico de enfermedad, ya que ambos conocimientos deben apuntar hacia el mismo lugar, haciendo que el sujeto sea consciente de su estado de riesgo no sólo por un conocimiento semántico del mismo, sino también por un conocimiento de experiencia personal.

Este modelo predice que el afrontamiento ocurre cuando el sujeto percibe que está enfermo, pero no afirma que esto se traduzca en cumplimiento con las recomendaciones del profesional. El no cumplimiento puede surgir en un episodio específico de enfermedad debido a las discrepancias entre los puntos de vista de la enfermedad del paciente y del profesional, y los fallos en la comunicación entre ambos con respecto a cada uno de los tres estados (representación, afrontamiento y valoración) pueden traducirse también en abandono prematuro del tratamiento.

✓ Contribuciones positivas del modelo

La característica positiva más destacable de este modelo es la importancia que le concede a la emoción dentro del proceso de cumplimiento terapéutico, ya que incluye las reacciones emocionales en todo el proceso de afrontamiento de la enfermedad y la planificación del comportamiento. Pero esto no significa que descuide los posibles factores externos al individuo que puedan influir en dicho proceso, ya que tiene en cuenta la relevancia tanto de estímulos internos como externos.

La mención a la distinta interpretación que pueden hacer diferentes personas acerca de una misma enfermedad también merece destacarse, del mismo modo que la consideración de que un mismo individuo puede percibir su enfermedad de forma dispar en diferentes situaciones, llevando a cabo planes de acción distintos ante un mismo problema.

✓ Deficiencias del modelo

El modelo de autoregulación presenta dos deficiencias principales. La primera hace referencia a la falta de investigación sistemática, que unida a la ausencia de sistemas de evaluación de los constructos y la falta de instrumentos estandarizados, constituye una gran barrera para la utilización de este modelo. La segunda es la dificultad del empleo del modelo debido al carácter multivariado y transaccional. Al ser multivariado el investigador debe conceptualizar y medir muchos factores en un solo estudio, y su naturaleza transaccional obliga a decidir cuando una determinada variable es empleada como medida dependiente o independiente.

2.2.3. Teoría de la creencia racional

Este modelo asume que el comportamiento humano está determinado por un proceso de pensamiento lógico y objetivo; de este modo, cuando el paciente posee la información apropiada acerca de los riesgos de su salud y de los beneficios y consecuencias de su comportamiento se produce una modificación de sus acciones para preservar su salud. El no cumplimiento entonces resulta del conocimiento insuficiente de los beneficios y el riesgo que conlleva no adherirse a las recomendaciones prescritas.

Esta teoría considera que las decisiones de cumplir o no una recomendación específica del profesional aparecen como resultado de una valoración de costes - beneficios (Janz y Becker, 1984).

El modelo más utilizado dentro de este enfoque conceptual es el *Health belief model* (HBM) o *Modelo de la creencia racional* (Becker, 1974; Becker, 1979; Becker y Maimon, 1975; Eraker et al., 1984; Janz y Becker, 1984; Sheeran y Abraham, 1996). Desarrollado a principios de los 50 para explicar acciones de prevención, su uso se ha generalizado para estudiar el cumplimiento de recomendaciones de salud y regímenes terapéuticos (Adams y Howe, 1993; Becker, 1974; Budd, Hughes y Smith, 1996; Connelly, 1984; Kelly, Mamon y Scott, 1987; Pan y Tantam, 1989).

Este modelo identifica cuatro dimensiones básicas como bases del comportamiento:

1. Probabilidad percibida de la amenaza, o percepción subjetiva de vulnerabilidad a una condición de salud particular.
2. Severidad percibida, que incluye una evaluación de las consecuencias sociales y de salud.
3. Beneficios percibidos o eficacia de un comportamiento particular de salud.
4. Barreras percibidas o impedimentos para conseguir dicho comportamiento.

El producto de las dos primeras dimensiones genera la percepción de riesgo del individuo y le motiva para la acción, mientras que las dos últimas reflejan el análisis que el sujeto hace de los costes y los beneficios de sus comportamientos y determina una acción particular.

En el caso concreto del cumplimiento terapéutico, el HBM asume que las cuatro creencias principales que contribuyen a la adherencia son: la susceptibilidad o vulnerabilidad percibida (creencia de una posible recaída...), la severidad percibida de la enfermedad, los beneficios percibidos de la adherencia (como por ejemplo la eliminación de síntomas), y las barreras percibidas de la adherencia (estigma de medicarse, posibles efectos secundarios, etc.). Estos autores proponen que el cumplimiento aparece si la amenaza percibida de la enfermedad (susceptibilidad y severidad) es alta y los beneficios percibidos del tratamiento son mayores que las barreras percibidas.

Estas creencias están influidas y pueden ser modificadas por factores demográficos, sociales (opiniones de amigos y familiares, apoyo social...) y psicológicos (sobre todo variables de personalidad), así como por estímulos internos, tales como el reconocimiento de los síntomas. Todos estos factores determinan las pautas de acción que el sujeto va a considerar adecuadas en una situación determinada.

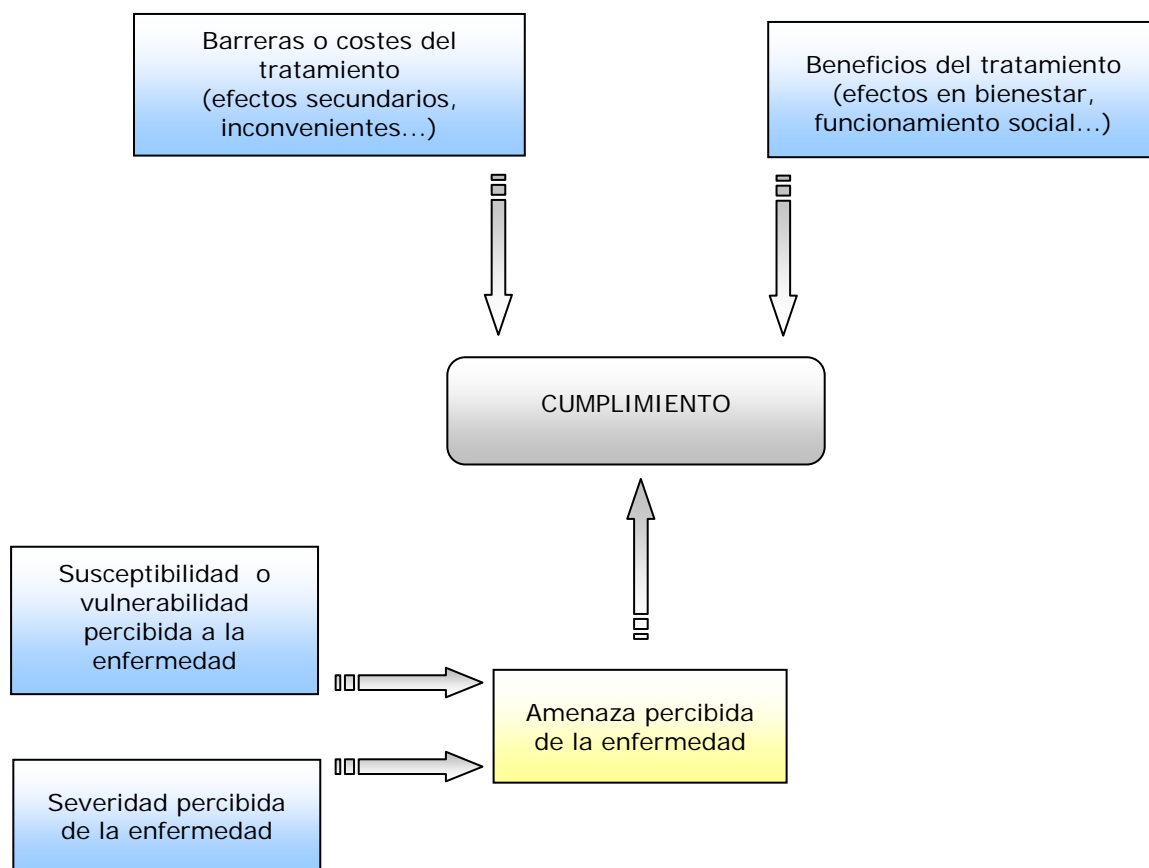


Figura 2 . Health Belief Model (Modificado de Bebbington, 1995).

✓ Contribuciones positivas del modelo

Este modelo destaca por su claridad en la exposición del proceso de cumplimiento, ya que explica de manera exhaustiva dicho proceso atendiendo a una gran cantidad de variables.

También cabe destacar la importancia concedida a factores de tipo psicológico o estímulos internos del paciente en el cumplimiento terapéutico, sin olvidar la influencia que ejercen factores sociodemográficos y sociales.

✓ Deficiencias del modelo

Según varios estudios, el *Health belief model* puede llegar a explicar el 20% de la varianza en la adherencia terapéutica (Connelly et al., 1982; Kelly et al., 1987; Pan y Tantam, 1989; Rees, 1985; Ress, 1986), pero la inconsistencia de estos resultados puede significar que esta orientación teórica no constituye un buen modelo para la investigación del cumplimiento en el caso de trastornos mentales. La dimensión de barreras percibidas parece ser la más potente a la hora de predecir el cumplimiento, seguida por la vulnerabilidad, los beneficios, y la severidad percibida en orden descendente. Pero este orden puede reflejar la diferente fiabilidad y validez de constructo en la medida de cada una de estas dimensiones, por lo que no es posible afirmar que las barreras percibidas son las que determinan la adhesión terapéutica.

Este modelo fue desarrollado en relación con el tratamiento de enfermedades físicas, y hay autores que se han cuestionado la aplicabilidad del mismo a trastornos mentales, ya que en ellos pueden aparecer distorsiones de la realidad y de la percepción del mundo (Babiker, 1986). A pesar de esto, el modelo forma un marco teórico consistente y útil para la descripción de las creencias que tienen los pacientes psiquiátricos acerca de su enfermedad y su tratamiento, y explica una proporción importante y significativa de la varianza en el cumplimiento, por lo que representa un buen punto de partida para la investigación del abandono terapéutico (Bebbington, 1995).

Para concluir este apartado se expondrán de forma esquemática las deficiencias y aspectos positivos más relevantes que presentan cada uno de los modelos, haciendo

una valoración personal de los mismos, y dejando constancia de la posición teórica que se ha adoptado para la realización de la presente investigación.

MODELO DE LA COMUNICACIÓN

ASPECTOS POSITIVOS DEL MODELO	DEFICIENCIAS DEL MODELO
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la buena comunicación y la aceptación del mensaje para la adherencia terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación poco exhaustiva acerca de cómo influye la información recibida en el cambio de actitud del paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Relevancia de la generación de actitudes favorables en el paciente por parte del clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de consideración de otros factores relevantes (motivación, apoyo social...)
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia concedida a las expectativas del paciente 	

Tabla 2. Aspectos positivos y negativos del Modelo de la comunicación (Elaboración propia).

MODELO DE LOS SISTEMAS DE AUTORREGULACIÓN

ASPECTOS POSITIVOS DEL MODELO	DEFICIENCIAS DEL MODELO
<ul style="list-style-type: none"> • Consideración de estímulos tanto internos como externos 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de investigación sistemática
<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias interindividuales en la concepción de la enfermedad y el afrontamiento de la misma 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de la aplicación del modelo por su excesiva complejidad

<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias intraindividuales en función de las características situacionales 	
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia concedida a la memoria episódica y semántica 	

Tabla 3. Aspectos positivos y negativos del Modelo de los sistemas de autorregulación (Elaboración propia).

HEALTH BELIEF MODEL O MODELO DE LA CREENCIA RACIONAL	
ASPECTOS POSITIVOS DEL MODELO	DEFICIENCIAS DEL MODELO
<ul style="list-style-type: none"> • Explicación exhaustiva del proceso de cumplimiento terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados inconsistentes
<ul style="list-style-type: none"> • Consideración de gran cantidad de variables 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible no aplicabilidad a los trastornos mentales
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia concedida a los factores psicológicos e internos 	

Tabla 4. Aspectos positivos y negativos del Health belief modelo o Modelo de la creencia racional (Elaboración propia).

Como se puede observar todos y cada uno de los modelos presentan ventajas e inconvenientes, y la aceptación de una u otra orientación teórica estará en función de lo que cada investigador considere más relevante.

Quizá sea por ser más generales, y menos exhaustivas en lo que se refiere al proceso de adherencia, por lo que encontramos algo deficiente el *Modelo de la comunicación* en lo que a la explicación del cumplimiento terapéutico se refiere. Consideramos que son el *Modelo de los sistemas de autorregulación* y el *Health belief model* las aproximaciones teóricas más acertadas, ya que tienen en cuenta un gran número de variables, tanto internas como externas, sin descuidar la explicación de la influencia que cada una de ellas ejerce sobre el proceso de cumplimiento.

Esto no se traduce en la adopción de estos modelos a la hora de llevar a cabo la presente investigación. De hecho, consideramos que ninguno de los modelos por sí solo es capaz de dar cuenta de un proceso tan complejo como es la adherencia terapéutica. Por lo tanto, la posición teórica aquí adoptada no se ciñe a ninguno de los modelos presentados, sino que se intenta tener en cuenta la totalidad de aspectos positivos evitando, en la medida de lo posible, los aspectos negativos o mejorables de cada uno de los modelos.

Por este motivo, este estudio pretende tener en cuenta factores que han sido sistemáticamente estudiados en la investigación sobre el abandono terapéutico -factores sociodemográficos, clínicos, etc.-, y han resultado predictores del mismo, sin descuidar los factores internos o psicológicos propios del paciente y que pueden influir en la adherencia a la terapia.

2.3. ABANDONO TERAPÉUTICO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En la investigación sobre abandono terapéutico las variables más ampliamente estudiadas han sido, y continúan siendo, las relacionadas con factores demográficos.

Sin embargo, los resultados obtenidos por los diferentes autores son inconcluyentes, no siendo posible la generalización en casi ningún caso.

A continuación se presentan los resultados más relevantes encontrados en la bibliografía en relación con la edad del paciente, género, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo y etnia.

Edad

Los hallazgos acerca del papel que juega la edad en el abandono terapéutico dejan bastante clara la influencia de esta variable, aunque existen resultados algo contradictorios. La mayor parte de los autores sostienen que la juventud de los pacientes influye de forma negativa en la adherencia al tratamiento (Bender, 1986; Bueno Heredia et al., 2001; Carpenter et al., 1981; Danion et al., 1987; Edlund et al., 2002; Foulks et al., 1986; Frank et al., 1985; Freire Arteta, 1990; Graveley y Oseasohn, 1991; Green, 1988; Heisler et al., 1982; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Sparr et al., 1993), siendo los pacientes de menor edad los que alcanzan tasas más elevadas de reingresos (Oiesvold et al., 2000) y acuden con menos frecuencia a su primera cita ambulatoria (Carpenter et al., 1981; Lowe, 1982), por lo que son los adultos de edad avanzada y los ancianos los que tienden a abandonar menos la terapia (Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Kemp y David, 1996), aunque estos últimos cometen un mayor número de errores en el cumplimiento del tratamiento prescrito debido, posiblemente, al deterioro cognitivo que pueden presentar.

Pero también existen autores que no encuentran en sus estudios que sean los pacientes más jóvenes los que presentan un peor patrón de adherencia terapéutica

(Atwood y Beck, 1985; Berrigan y Garfield, 1981; Buchanan, 1992; Cross y Warren, 1984; García Cabeza et al., 1999; Hershorn, 1993; Keck et al., 1996; Krulee y Hales, 1988; Matas, Staley y Griffin, 1992; Otero et al., 2001; Roberts, 1985), por lo que no se puede afirmar este hecho con total seguridad.

Género

Otra de las variables demográficas más investigadas es el género de los pacientes, variable en la que de nuevo encontramos discrepancias respecto a su influencia. Un gran abanico de autores afirma que el sexo es uno de los factores determinantes del abandono (Cross y Warren, 1984; Evans y Spelma, 1983; Sparr, Moffit y Ward, 1993), siendo las mujeres menos propensas que los hombres a abandonar su tratamiento (Blouin et al., 1985; Danion et al., 1987; Goodwin y Jamison, 1990; Passos y Camacho, 2000), aunque otros autores han encontrado los resultados contrarios (Baekeland y Lundwall, 1975).

Como en el caso de la edad, en lo que respecta al género también existen autores que no han encontrado influencia del mismo en la adherencia terapéutica (Atwood y Beck, 1985; Berrigan y Gardfield, 1981; Buchanan, 1992; García Cabeza et al., 1999; Hershorn, 1993; Keck et al., 1996; Krulee y Hales, 1988; Matas, Stanley y Griffin, 1992; Roberts, 1985).

Estado civil

El estado civil goza de un gran cúmulo de estudios, y es una de las pocas variables que presenta resultados bastante concluyentes y constantes. La mayoría de los investigadores están acuerdo en señalar que los pacientes solteros son menos cumplidores que los casados (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Bueno Heredia et al., 2001; Connelly, Davenport y Nurenbrher, 1983; Cross y Warren, 1984; Frank et al., 1985; Freire Arteta, 1990; Graveley y Oseasohn, 1991; Haring et al., 1981; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Krulee y Hales, 1988; Matas et al., 1992; Sparr, Moffit y Ward, 1993), hecho que se extiende a relaciones comparables al matrimonio (Cross y Warren, 1984). Del mismo modo presentan un peor patrón de cumplimiento los pacientes divorciados, separados o viudos (Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Lynch, 1986; Matas et al., 1992; Moras y Stupp, 1982; Sweet y Nones, 1989), aquellos que viven solos (Col, Fanale y Kornhom, 1990; Oiesvold et al., 2000), los que sufren desarmonía marital (Roberts, 1985) y aquellos con mayor número de matrimonios (Hershorn, 1993), y se adhieren mejor a la terapia las personas con un número más alto de hijos (Freire Arteta, 1990).

Este fenómeno puede deberse a que las personas que carecen de pareja no obtienen el apoyo, el ánimo y la supervisión que puede proporcionar la pareja, la cual ayuda al paciente a seguir con el tratamiento (Blackwell, 1976; Cross et al., 1980; Cross y Warren, 1984; Johansson et al., 1996; Sheehan y Cross, 1981; Smith, Barzman y Pristach, 1997; Sweeney et al., 1984; Weiden et al, 1991). De este modo, vivir solo, sin pareja o familia que supervise y apoye a la persona bajo tratamiento, al igual que la carencia de apoyo social, influye negativamente en la adherencia (Kelly, Scott, Appel y Mamon, 1987). Así, encontramos que un 52% de los hombres que viven solos fallan en

su tratamiento comparado con el 35% de los que viven con sus esposas (Blackwell, 1976). El 82% de los pacientes que cumplen con su terapia están supervisados por un familiar o un amigo, en comparación con el 46% de aquellos que no tenían supervisión (Blackwell, 1976), encontrándose resultados en la misma dirección en diversos estudios (Cross y Warren, 1984; Montanakis, Markidis, Kontaxakis y Liakos, 1985).

Como en el resto de las variables también aparecen estudios en los que la influencia del estado civil no se ha podido constatar (Atwood y Beck, 1985; Carpenter et al., 1981; García Cabeza et al., 1999; Hershorn, 1993; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Nicholson, 1994; Roberts, 1985), pero no se ha encontrado ninguna investigación en la cual fuera los solteros los que mayor adherencia terapéutica presentaban.

Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico de los pacientes que acuden a tratarse en el área de salud mental es una de las variables más estables. El bajo nivel socioeconómico está claramente relacionado con la terminación prematura del tratamiento (Beckham, 1992; Berrigan y Gardfield, 1981; Bischoff y Sprenkle, 1993; Bueno Heredia, 2001; Burgoyne et al., 1983; Chen, 1991; Dick et al., 1996; Evans y Spelma, 1983; Fisher, Winne y Ley, 1993; Frank et al., 1985; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Johanson et al., 1996; Matas et al., 1992; Mohl, 1991; Otero et al., 2001; Pelkonen, Marttunen, Laippala y Lonnqvist, 2000; Sparr, Mofit y Ward, 1993; Weighill, Hodge y Peck, 1983) y con la pérdida de citas e incumplimientos parciales (Berrigan y Gardfield, 1981; Dick et al., 1996; Johanson et al., 1996), habiendo únicamente estudios aislados que no confirman esta influencia (Carpenter et al., 1981; García Cabeza et al., 1999;

Keck et al, 1996; Matas, Stanley y Griffin, 1992; Roberts, 1985) o encuentran resultados opuestos (Col, Fanale y Kornhom, 1990).

Hay autores que atribuyen el problema de la adherencia de las clases sociales bajas a una disonancia entre las expectativas que tienen los pacientes y las de los terapeutas, pero otra interpretación, que consideramos más cercana a la verdad, es que las personas con nivel socioeconómico bajo tienen una jerarquía de necesidades en la cual el tratamiento psicológico o psiquiátrico está relegado, ya que existen otras necesidades básicas más inmediatas que son prioritarias y están por cubrir (Otero et al., 2001).

Además, el no obtener una reducción de los precios a los que el paciente debe enfrentarse, así como la carencia de un seguro médico, influye negativamente en la adherencia (García Cabeza et al., 1999; Lynch, 1986; Oiesvold et al., 2000; Swett y Nones, 1989; Wells et al., 1986), aunque algunos estudios han puesto de manifiesto que recibir ayuda económica del gobierno no mejora la continuidad en el tratamiento (Atwood y Beck, 1985; Blacwell, 1976; Hershorn, 1993).

Nivel educativo

Ligado al nivel socioeconómico bajo aparece con frecuencia un bajo nivel educativo, el cual también está asociado con problemas en la adherencia al tratamiento (Bischoff y Sprenkle, 1993; Chan, 1984; Fisher, Winne y Ley, 1993; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996; Smith et al., 1999), aunque hay estudios en los que no han aparecido diferencias significativas con respecto al nivel educativo (Atwood y Beck, 1985; Hershorn, 1993).

Pero el efecto es diferente cuando se miden los cambios que los pacientes hacen en la toma de su medicación, de forma que los sujetos con educación elemental cambian su régimen de medicación con menos frecuencia de aquellos que han recibido una educación secundaria o superior (Ruscher, Dewit y Mazmanian, 1997).

El estatus ocupacional parece estar relacionado con la continuidad del tratamiento, de modo que personas con bajo estatus son más tendentes a presentar mala adherencia (Verdux et al, 2000), del mismo modo que las personas con empleo atienden más a su tratamiento que los desempleados (Hershorn, 1993). La estabilidad laboral ayuda al cumplimiento del tratamiento (Hershorn, 1993), ya que se ha demostrado que las personas que llevan más tiempo con el empleo actual y cambian con mayor frecuencia de trabajo se adhieren mejor a la terapia, aumentando el paro el riesgo de reingreso (Oiesvold et al., 2000). Existen investigaciones en las que no se ha encontrado influencia en la adherencia del empleo previo o del estatus laboral (Atwood y Keck, 1985; Buchanan, 1992; Hillis, Eagles y Eagles, 1993).

Etnia

La etnia o la raza de las personas ha sido ampliamente estudiada en relación al abandono terapéutico en población americana, y en los últimos años también en población europea, debido al incremento de la inmigración presente en la mayoría de los países de Europa. Esta variable diferencia de forma significativa a los sujetos que rechazan un tratamiento (Carpenter et al., 1981; Graveley y Oseasohn, 1991), habiendo autores que incluso afirman que el buen cumplimiento está asociado con ser blanco o hispano (Monane, Bohn y Gurwitz, 1996; Passos y Camacho, 2000).

Una posible explicación de que los individuos de grupos minoritarios se adhieran peor al tratamiento es el grado de integración social o ajuste vital menor de estos, lo cual parece determinante a la hora de seguir un tratamiento de tipo psicológico (Freire Arteta, 1990), ya que el tener menor contacto con diferentes individuos dentro de la comunidad hace que la gente abandone más fácilmente su tratamiento (Cross y Warren, 1984).

Rubinstein y Lorr ya afirmaron en 1956 que las personas que abandonan prematuramente el tratamiento están más aislados socialmente, dato que se ha ido confirmando en investigaciones posteriores. También hay grupos étnicos minoritarios que parecen tener dificultades particulares para aceptar un desorden psiquiátrico, hecho relacionado con el alto nivel de negación de la enfermedad presente en algunas culturas (Perkins y Moodley, 1993).

Por supuesto, en el estudio de esta variable no todos los resultados apuntan en la misma dirección, ya que hay autores que no han encontrado diferencias significativas en el abandono en lo que a etnia o nacionalidad se refiere (Hershorn, 1993; Keck et al., 1996; Nicholson, 1994; Roberts, 1985).

El que los resultados no sean concluyentes en lo que se refiere a las variables demográficas se debe a que los estudios no han sido realizados con las mismas poblaciones, no han empleado los mismos criterios a la hora de definir el abandono o no cumplimiento terapéutico, no han utilizado las mismas medidas para dar cuenta del fenómeno y no se han referido al mismo tipo de tratamiento ni han tenido el mismo tiempo de seguimiento. Por este motivo, y debido a la escasa investigación llevada a

cabo en nuestro país, es fundamental el estudio de la población española, ya que es necesario conocer los factores intervinientes en este problema dentro de nuestra sociedad.

2.4. ABANDONO TERAPÉUTICO Y FACTORES CLÍNICOS Y ASISTENCIALES

El conocimiento de la influencia que los factores clínicos y asistenciales ejercen en el grado de adherencia al tratamiento es fundamental para el control de la misma, ya que tanto el diagnóstico como la duración de la enfermedad y la severidad de los síntomas son en todos los casos conocidos por el terapeuta. Así, conociendo la asociación entre dichos factores y el abandono terapéutico la prevención del mismo puede hacerse de forma más precisa y eficaz.

La mayor parte de los autores coinciden en señalar que el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad y la duración y severidad de los síntomas son buenos discriminantes a la hora de predecir la interrupción prematura del tratamiento, así como el grado de rapidez de recaída y la concreción de los síntomas presentados (Blackwell, 1976; Hillis, Eagles y Eagles, 1993), aunque hay autores que no han encontrado que el diagnóstico sea un factor capaz de predecir el abandono (Krulee y Hales, 1988). Esta relación se hace muy patente en los pacientes con problemas psicológicos, ya que, en mucho casos, la capacidad de cooperar está dañada o disminuida por la enfermedad mental, lo que repercute en las actitudes que dichos pacientes tienen hacia el tratamiento (Blacwell, 1976; Kemp y David, 1996). Esto es especialmente cierto en la esquizofrenia cuando los pacientes no tienen conciencia de su enfermedad (Bartkó, Herczeg y Zádor, 1988; Kemp y David, 1996).

A continuación se revisan los datos encontrados en la bibliografía científica agrupando los mismos en distintos apartados: diagnóstico y psicopatología, severidad de la sintomatología, curso de la enfermedad, y patrón de utilización de servicios.

Diagnóstico y psicopatología

✓ Diagnóstico de esquizofrenia

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son los que mayores tasas de abandono presentan en comparación con el resto de trastornos mentales (Kissling, 1994; Sparr, Moffitt y Ward, 1993). Varios autores sostienen que el abandono terapéutico en pacientes esquizofrénicos alcanza proporciones en torno al 50% (Babiker, 1986; Buchanan, 1996; Curson et al., 1985; Weiden et al., 1991), llegando incluso al 74% si se hace un seguimiento de dos años (Weiden et al., 1991).

Dentro de este diagnóstico, los que presentan ideación paranoide tienen un patrón más consistente de abandono que aquellos que no padecen esta sintomatología (Bueno Heredia et al., 2001; Kemp y David, 1996; Pristach y Smith, 1990; Sweet y Nones, 1989). Así mismo, los síntomas delirantes de sospechas y persecución son buenos predictores de la pobre adherencia al tratamiento (Verdux et al., 2000), aunque hay autores que no han encontrado tal efecto en sus investigaciones (Bartkó, Herczeg y Zádor, 1988). Una posible explicación de este fenómeno es que la presencia de delirios y alucinaciones más resistentes al tratamiento hace que los pacientes no perciban la mejoría necesaria para continuar con él (García Cabeza et al., 1999), por lo que interrumpen la terapia de forma prematura.

Los sentimientos de grandiosidad, que puede aparecer en ciertos episodios de esquizofrenia o manía, también se encuentran asociados con el mal cumplimiento terapéutico (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988).

La predominancia de síntomas negativos en el trastorno esquizofrénico se asocia con una mayor adherencia al tratamiento (Fleischhacker et al., 1994; Kemp y Lambert, 1995). En esta línea Gaebel y Pietzcker, (1985) encontraron que los sujetos con síntomas positivos prominentes tienden a presentar una mala adherencia, aunque este hallazgo no ha sido confirmado en estudios más recientes (Buchanan, 1992).

A parte del diagnóstico de esquizofrenia, la presencia de síntomas psicóticos también es un buen predictor del mal cumplimiento terapéutico (Bueno Heredia et al., 2001; García Cabeza et al., 1999), ya que uno de cada dos pacientes con psicosis interrumpe su tratamiento en los primeros meses (Verdux et al., 2000).

También los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad (Aagaard y Vestergaard, 1990; Bueno Heredia et al., 2001; Matas et al., 1992), trastornos propios de la infancia, y trastorno por estrés postraumático (Bueno Heredia et al., 2001) parecen estar predispuestos al no cumplimiento terapéutico.

✓ Diagnóstico de trastornos del humor y de ansiedad

Los pacientes diagnosticados de trastornos afectivos son los que mejor cumplen con el tratamiento (Bueno Heredia et al., 2001; Matas, Stanley y Griffin, 1992; McEvoy et al., 1984; Pelkonen, Marttunen, Laippala y Lonnqvist, 2000), aunque de nuevo hay autores que han encontrado la asociación contraria (Persons et al., 1988; Steel, Jones, Adcock et al., 2000; Strakowski, Keck y McElroy, 1998).

Dentro de los trastornos afectivos la depresión ha sido el más ampliamente estudiado, hallando una correlación significativa positiva entre este trastorno y una buena adherencia terapéutica (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Blouin, Pérez y Minoletti, 1985; Bueno Heredia et al., 2001; Sparr, Moffitt y Ward, 1993), siendo mejor el cumplimiento en los pacientes con un diagnóstico de depresión mayor que en los pacientes con distimia (Sparr, Moffitt y Ward, 1993). Freire-Arteta (1990) encontró que los pacientes que mostraron un nivel mayor de depresión en la prueba psicológica del MMPI eran más cumplidores que aquellos con un nivel más bajo, hecho constatado en otras investigaciones (Fischer et al., 1993; Graveley y Oseasohn, 1991). Una posible explicación de este fenómeno es que los pacientes con trastorno depresivo tienen un mayor sentimiento subjetivo del dolor psíquico, por lo que están más motivados para llevar a cabo el tratamiento de manera adecuada. En estos trastornos existe una clara conciencia de la necesidad de ayuda, y cualquier intervención que disminuya el sufrimiento del paciente es percibida y sentida como de gran valor.

Hay autores que defienden que un estado de ánimo elevado correlaciona con el mal cumplimiento (Connelly, Davenport y Nurnberg, 1983) mientras que Pan y Tantam (1989) y Keck y sus colaboradores (1996), encontraron que los pacientes que atendían a las citas con el terapeuta de forma irregular estaban deprimidos con más frecuencia que los cumplidores regulares.

Con respecto a la ansiedad el patrón es muy similar al presentado en el trastorno depresivo, de forma que los pacientes con altos niveles de ansiedad cumplen mejor con su tratamiento (Barkó et al., 1988).

Además de los trastornos afectivos, los pacientes neuróticos con frecuencia presentan un buen patrón de adherencia terapéutica (Blouin, Pérez y Minoletti, 1985; Roberts, 1985).

Por último, los pacientes que expresan sus quejas de forma explícita, como por ejemplo referir la presencia de pensamientos obsesivos, presentan una mejor adherencia al tratamiento en comparación con aquellos pacientes que no refieren sus quejas (Bueno Heredia et al., 2001; Carpenter y Morrow, 1981; Kluger y Karras, 1986).

✓ Abuso de sustancias y/o alcohol

El abuso de sustancias ha sido ampliamente estudiado en relación con el mal cumplimiento terapéutico (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Bueno Heredia et al., 2001; Danion et al., 1987; Kampman y Lehtinen, 1999; Matas, Stanley y Griffin, 1992; Owen, Fischer, Booth y Cuffel, 1996; Safer, 1987; Sparr, Moffitt y Ward, 1993; Sweet y Nones, 1989), y los resultados han apuntado, en casi la totalidad de las investigaciones, hacia el mismo lugar: los pacientes que presentan un diagnóstico dual, es decir, aquellos que presentan abuso de sustancias o alcohol añadido al trastorno mental son los que pierden un mayor número de citas (Bueno Heredia et al., 2001) y en general presentan con más frecuencia un patrón de mal cumplimiento o abandono del tratamiento (Casper y Regan, 1993; Drake, Osher y Wallach, 1989; Drake y Wallach, 1989; García Cabeza et al., 1999; Kashner et al., 2003; Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000; Kent y Yellowlees, 1994; Lobo Barrero y Pérez Escolano, 1997; Verdux et al., 2000; Matas et al., 1992; Van Minnen, Arntz y Keijsers, 2002; Owen, Fisher, Booth y Cuffel, 1996; Passos y Camacho, 2000; Prischar y Smith, 1990; Salloum, Moss y Daley, 1991; Smith, Barzman y Pristach, 1997; Soni y Brownlee, 1991).

La explicación de este fenómeno puede consistir en que estos sujetos son más impulsivos (Rounsaville et al., 1982), tienen un comportamiento interpersonal errático y con frecuencia están diagnosticados de trastornos de personalidad antisocial, lo cual puede generar una mayor ambivalencia acerca del hecho de recibir ayuda, y esto puede determinar en gran medida la interrupción del tratamiento.

Hay autores que no han encontrado asociación entre el uso de sustancias y el no cumplimiento (Warner et al., 1994), e incluso se ha visto que algunos síntomas eran menores en los consumidores de marihuana, así como las tasas de admisión hospitalaria, las cuales eran menos prevalentes en estos consumidores (Warner et al., 1994).

Entre las investigaciones relativas al consumo de alcohol, existen estudios que han hallado que la ingesta de alcohol, incluso en pequeñas cantidades, predice la pobre adherencia terapéutica (Drake et al., 1989; Osher y Drake, 1996; Owen et al., 1996; Verdux et al., 2000), aunque otros autores no han encontrado que dicho consumo esté relacionado con el abandono (Hillis, Ealges y Eagles, 1992; Pristach y Smith, 1990; Warner et al., 1994). Incluso se ha encontrado correlación positiva entre el consumo de tabaco y la interrupción de la terapia (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988).

En la mayoría de los casos los pacientes con diagnóstico de trastornos inducidos por el consumo abusivo de alcohol o drogas suelen ser hombres, jóvenes, desempleados y mendigos (Drake y Wallach, 1989; Matas, Syanley y Griffin, 1992), lo que contribuye a que sean los pacientes con estas características sociodemográficas los que presentan las tasas más altas de abandono terapéutico.

✓ Comportamiento violento

El comportamiento violento y el alto grado de hostilidad que pueden aparecer como consecuencia de un trastorno mental mantienen una correlación negativa con la adherencia terapéutica (Bartels et al., 1991; Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000; Kemp y David, 1996; Smith, 1989; Swartz et al., 1998). Este comportamiento agresivo, en combinación con el abuso de sustancias, y el no cumplimiento del tratamiento que de estos se deriva ha demostrado ser predictor estadísticamente significativo de encuentros policiales en sujetos con una enfermedad mental severa (Borum et al., 1997; Pelkonen, Marttunen, Laippala y Lonnqvist, 2000), y dichos problemas con la ley acarrear consecuencias negativas en lo que a cumplimiento del tratamiento se refiere.

✓ Gravedad e intensidad de los síntomas

El no cumplimiento del tratamiento aparece con mucha frecuencia asociado con altos niveles de psicopatología y severidad de los síntomas (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996; Persons et al., 1988; Renton et al., 1983; Warner et al., 1994; Verdux et al., 2000), hecho que también se observa en trastornos somáticos, en los cuales una alteración más grave del estado físico incrementa las conductas de no cumplimiento (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Freire Arteta, 1990).

Por el contrario hay autores que mantienen la opinión de que la severidad de la enfermedad mental no predice de forma eficaz el cumplimiento de la terapia por parte del paciente (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Krulee y Hales, 1988; Steel et al., 2000), existiendo estudios que han encontrado una correlación positiva significativa entre la buena adherencia y un bajo grado de psicopatología (García Cabeza et al., 1999).

El nivel de patología que presenta el paciente puede reflejarse en el número de hospitalizaciones o episodios de la enfermedad, y son precisamente aquellos pacientes con una mayor cantidad de ingresos, y un número más elevado de episodios sufridos, los que resultan ser menos cumplidores (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Keck et al., 1996). Pero no todos los autores han encontrado este efecto, e incluso se ha visto en ocasiones que los sujetos con pocos episodios de la enfermedad presentan un peor patrón de adherencia (e.g. Goodwin y Jamison, 1990).

En cuanto a las enfermedades mentales crónicas o de larga duración, se ha comprobado que una corta edad en el momento de comienzo de la misma hace que la adherencia al tratamiento decrezca (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Bueno Heredia et al., 2001; Trepka, 1986), aunque de nuevo existen investigaciones cuyos resultados no apuntan en esta dirección (Keck et al., 1996).

Por último, una historia de autolesiones deliberadas aparece fuertemente asociada con el abandono prematuro de la terapia (Hillis, Eagles y Eagles, 1993).

✓ Presencia de efectos secundarios

Una gran cantidad de investigaciones se han llevado a cabo para estudiar la influencia que los efectos secundarios a la medicación tienen sobre la adherencia terapéutica. Los hallazgos han sido consistentes: aquellos pacientes que están recibiendo tratamiento farmacológico pueden presentar efectos secundarios, y si estos no son identificados y tratados provocan muchas molestias, lo que contribuye a la reducción del cumplimiento (Awad, 1993; Diamon et al., 1983; Dixon et al., 1992; Falloon, 1984; Fleischhaker et al., 1994; Gerlach, 1994; Herz y Melville, 1980; Hoge et al., 1990; Kampman y Lehtinen, 1999; Keck et al., 1996; Kissling, 1994; Marder, 1998;

Olivera, Kiefer y Manley, 1990; Ruscher, de Wit y Mazmanian, 1997; Stoudemire y Thompson, 1983; Swartz et al., 1998; Van Putten, May y Marder, 1984; Weiden et al., 1989).

Dentro de estos efectos secundarios es la acinesia el que más contribuye al mal cumplimiento del tratamiento (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Buchanan, 1991; Fleischhacker et al., 1994). Otros efectos secundarios como la ganancia de peso o la disfunción sexual también aumentan la falta de adhesión terapéutica (Fleischhacker et al., 1994). Gerlach (1994), por su parte, mantiene que una de las razones más importantes de incumplimiento es la inducción de efectos secundarios, sobre todo de aquellos que interfieren en el funcionamiento cognitivo del paciente, opinión que es compartida por los pacientes.

La evidente importancia de los efectos secundarios en el no cumplimiento aparece reflejada en el hecho de que los pacientes que no se adhieren al tratamiento citan con relativa frecuencia la aparición de efectos secundarios de la medicación, o el miedo a que estos aparezcan, como una de las causas del abandono (Bird y Hassall, 1993; Kelly, 1995; Hoge et al., 1990; Roberts, 1985), aunque hay autores que encuentran que únicamente el 7% de los pacientes que interrumpen su tratamiento citan los efectos secundarios como razón de dicha interrupción (Keck et al., 1996). Así, el cumplimiento puede mejorarse considerablemente informando de forma adecuada al paciente acerca de los riesgos y naturaleza de los efectos secundarios y reconociendo y tratando los mismos, si no ha sido posible su prevención (Fleischhacker et al., 1994).

Pero, aunque no es la norma, hay autores que no han encontrado en sus investigaciones una correlación positiva entre no cumplimiento y efectos secundarios (Hogan et al., 1983; McEvoy et al., 1989; Pan y Tantam, 1989; Pristach y Smith, 1990).

Según Adams y Hoge (1993) la explicación de que en ocasiones el cumplimiento no sea pobre, o incluso aumente en presencia de efectos secundarios, es que los pacientes sienten que el tratamiento está actuando, lo que les impulsa a continuar con él, es decir, perciben el beneficio potencial de la medicación.

Curso de la enfermedad

✓ Cronicidad del trastorno

Una mayor cronicidad del trastorno, manifestado por la existencia de la enfermedad durante un periodo de tiempo prolongado y una mayor frecuencia de tratamientos previos es característico de los pacientes continuadores (Atwood y Beck, 1985; Beck et al., 1981; Blackwell, 1976; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996).

Una explicación plausible es que la cronicidad o duración del trastorno hace que el paciente tenga una mayor conciencia de la enfermedad (Freire Arteta, 1990), debido a una mayor internalización de la misma, lo que le impulsa a continuar con el tratamiento, ya que es consciente de la necesidad que tiene de éste.

Pero los resultados no son concluyentes, ya que hay investigaciones en las que no ha encontrado que la duración de la enfermedad se viera asociada con la terminación prematura del tratamiento (Hillis, Eagles y Ealges, 1993), así como estudios en los que la duración del trastorno influye de forma negativa en la adherencia terapéutica (Kahn y Pike, 2001; Persons et al., 1988).

2.5. ABANDONO TERAPÉUTICO Y FACTORES RELATIVOS AL TRATAMIENTO Y AL TERAPEUTA

Las variables relativas al tratamiento ofrecido al paciente, así como las características del terapeuta encargado del mismo, constituyen uno de los factores más relevantes a la hora de incrementar o disminuir la adherencia terapéutica.

En lo que se refiere a la terapia es determinante el tipo y duración del tratamiento llevado a cabo, el número y frecuencia de las visitas ambulatorias, el tiempo que transcurre entre la petición de ayuda y el día de la primera cita, la complejidad de la terapia y la existencia de tratamientos previos en salud mental.

En cuanto al profesional responsable cabe destacar la importancia que se le ha dado a variables tales como el género, la edad y el estatus profesional del psicólogo o psiquiatra responsable del tratamiento.

Todos estos factores, que influyen de forma más o menos determinante en el cumplimiento de la terapia, son descritos a continuación.

Factores relativos al tratamiento

✓ Tipo de tratamiento

La mayoría de los autores defienden que son las características del tratamiento y del servicio, más que las características del paciente, las que dan cuenta de los resultados eficaces.

Dentro de la oferta general de prestaciones que pueden recibir las personas que acuden a los servicios de tratamiento ambulatorio se encuentran la terapia psicológica,

dentro de la cual existe un gran abanico de posibilidades, y el tratamiento psicofarmacológico.

En investigaciones realizadas sobre el tema podemos encontrar el estudio de diferentes tipos de psicoterapia, los cuales, según diferentes autores, determinan en gran medida el cumplimiento de los pacientes (Alexander y Eagles, 1986).

Con respecto al tratamiento farmacológico se ha comprobado que existe una correlación positiva entre el empleo de psicofármacos y la continuidad del tratamiento (Atwood y Beck, 1985; Blackwell, 1976; Freire Arteta, 1990), siendo este beneficio muy marcado en el uso de nuevas drogas antipsicóticas, ya que los efectos adversos de éstas son menores (Altamura y Malhi, 2000; Wahlbeck, Tuunainen, Ahokas y Leucht, 2001). Además, el beneficio percibido por parte del paciente de la medicación tomada es un factor muy relevante en la adhesión terapéutica, ya que cuando esta percepción es buena, el cumplimiento del tratamiento prescrito también lo es (Kelly, Mamon y Scott, 1987).

Es preciso señalar que son los pacientes tratados con una combinación de las dos modalidades terapéuticas (terapia psicológica y farmacológica) los que muestran una mayor adhesión en diferentes investigaciones (Edlund et al., 2002; Passos y Camacho, 2000; Swett y Noones, 1989). Tal vez este hecho se deba al que el tener relaciones con más de un profesional de diferentes especialidades lleve a pensar al sujeto que está recibiendo toda la atención que merece (Atwood y Beck, 1985).

- ✓ Duración del tratamiento

El efecto de la duración del tratamiento ha sido ampliamente estudiado en los tratamientos psicoterapéuticos. Tanto la duración de la terapia como la limitación del tiempo que esta va a llevar parecen estar asociadas a la adherencia terapéutica.

Sledge y sus colaboradores (1990) han diferenciado en su estudio entre psicoterapia de final abierto -en la cual hay una ausencia de duración específica, de modo que el paciente puede continuar el tratamiento hasta que se considere oportuno terminarlo, tomando esta decisión de acuerdo con el terapeuta- y la psicoterapia de tiempo limitado -en la que el final de la terapia se determina nada más comenzar el tratamiento, fijando un número de sesiones y el día exacto en el que se terminará el tratamiento-.

Estos autores encontraron que las tasas de abandono de la psicoterapia con tiempo limitado son aproximadamente la mitad que las alcanzadas en la psicoterapia de final abierto, considerando que es más fácil seguir un tratamiento durante un periodo corto de tiempo y conocer dicho periodo con exactitud, que seguirlo a lo largo de mucho tiempo (Galperin, 1994; Sledge, Moras, Hartley y Levine, 1990).

✓ Complejidad del tratamiento

Con respecto a la influencia que la complejidad del tratamiento prescrito puede tener en la adherencia al tratamiento, diferentes investigaciones han demostrado que existe una relación negativa entre el número de pautas que el paciente debe seguir, o el número de tomas de la medicación, y el cumplimiento terapéutico, de modo que cuanto mayor es la complejidad de dicho tratamiento mayor es la probabilidad de que el paciente lo abandone (Blackwell, 1976; Graveley y Oseasohn, 1991; Weiden et al., 1994).

Baum y sus colaboradores (1985) han encontrado que el cumplimiento con los regímenes terapéuticos decrece proporcionalmente al incremento de pautas a seguir. Por este motivo, prescribir el número mínimo y elegir un plan de tratamiento simple que sea compatible con los hábitos diarios del paciente repercute positivamente en la adhesión terapéutica.

Es en el tratamiento farmacológico en el que la complejidad del plan de tratamiento ha sido más estudiado, debido a la fácil operativización de la variable y a la relevancia que parece tener. Esta complejidad -conceptualizada como el número de tomas que debe hacer el paciente al día- mantiene una relación inversa con el cumplimiento (Bird y Hassall, 1993; Col, Fanale y Kornhom, 1990; Eisen et al., 1990; Kelly, 1995), ya que, como es lógico pensar, un régimen farmacológico complejo es más difícil de cumplir que uno sencillo (Owen, Fischer, Booth y Cuffel, 1996). Así, es más fácil que el paciente cumpla con la medicación si se tiene que tomar un número reducido de medicamentos y, por lo tanto, la frecuencia de tomarlos es baja (Graveley y Oseasohn, 1991; Keck et al., 1996; Meichenbaum y Turk, 1987).

Algunos autores sugieren que este hecho es especialmente relevante cuando se trata de medicación neuroléptica (Hoge et al., 1990; Swartz et al., 1998; Swett y Nones, 1989), aunque esta afirmación no es compartida por todos los investigadores (Buchanan, 1992; García Cabeza et al., 1999).

Además, existen investigaciones que demuestran que la buena formulación del plan de tratamiento farmacológico y las explicaciones acompañando la prescripción influyen de manera positiva en el buen cumplimiento de la misma (Buckalew, 1991).

✓ **Ámbito de tratamiento**

Los estudios realizados acerca de este tema coinciden en apuntar que el cumplimiento en pacientes ambulatorios es significativamente menor que en pacientes hospitalizados (Freire Arteta, 1990; Roberts, 1985; Ruscher, de Wit y Mazmanian, 1997), siendo en el primer caso un fenómeno tan extendido que ocurre con todos los programas de tratamiento (Friedman y West, 1987), aunque en diferentes medidas.

Irwin y sus colaboradores (1971) encontraron hace tiempo que la no adherencia en pacientes esquizofrénicos ocurría en un 7% en caso de encontrarse hospitalizados, ascendiendo este porcentaje al 32% si el tratamiento era de carácter ambulatorio (Irwin, Weitzel y Morgan, 1971).

Esta correlación encontrada entre hospitalización durante el tratamiento y la continuidad del mismo puede deberse al grado de supervisión y control recibido por estos pacientes, el cual es imposible ejercer en el caso de los pacientes ambulatorios. Pero otra razón por la que puede aparecer esta correlación es que el peor cumplimiento en el caso de realizar un tratamiento ambulatorio refleje la posibilidad de que muchos de los pacientes hospitalizados hayan sido remitidos a este tipo de tratamiento porque no cumplían con su tratamiento ambulatorio previo, por lo que ya contarían con un tratamiento previo (Ruscher, de Wit y Mazmanian, 1997).

Otro aspecto importante a tener en cuenta en lo que se refiere a la diferencia en la adherencia entre el tratamiento ambulatorio y el tratamiento hospitalario es que existen pacientes que muestran cierto temor a acudir a los servicios de salud que ofrecen tratamiento psicológico o psiquiátrico, prefiriendo acudir al servicio de urgencias o a algún otro dispositivo antes que acudir a un centro de salud mental

(Hillis, Eagles y Eagles, 1993). Este hecho repercute en la adherencia a los tratamientos de este tipo, ya que los pacientes dejan de acudir al tratamiento psicológico o psiquiátrico al que han sido derivados para recibir atención sin especializar.

✓ Frecuencia y cantidad de visitas ambulatorias

En lo que a la frecuencia y cantidad de visitas se refiere parece existir un gran acuerdo entre los diferentes investigadores. En diversos estudios se ha demostrado que los pacientes que ven al facultativo responsable de su tratamiento frecuentemente presentan un nivel de adherencia mejor que aquellos que mantienen contactos infrecuentes (Altamura y Malhi, 2000; Monane, Bohn y Gurwitz, 1997; Young, Zonana y Shepler, 1986). Atwood y Beck (1985) encontraron en su estudio que los pacientes que cumplieron con su tratamiento eran aquellos que tuvieron un 54% de visitas que implicaban ver al facultativo encargado de su terapia y obtener una prescripción farmacéutica (el resto de las visitas no estaban destinadas a ver al facultativo), frente al 38% de visitas de los pacientes que abandonaron su tratamiento de forma prematura.

En cuanto al número de visitas se refiere, la mayoría de los pacientes que no cumplen con el tratamiento tienen un número de visitas inferior a 10 (Sparr, Moffitt y Ward, 1993), alcanzando un 60% la proporción de los abandonos que se producen antes de la cuarta visita (Freire Arteta, 1990). Es decir, la mayor parte de los abandonos se producen en las primeras fases del tratamiento, cuando aún no se ha acudido a demasiadas citas. Además, hay autores que defienden que cuanto más temprano en el tiempo se produce la interrupción del tratamiento más infrecuente resultó que el paciente volviera a tratarse posteriormente (Freire Arteta, 1990).

En relación a la inconveniencia de las citas -en cuestión de horarios incompatibles con los quehaceres diarios- los pacientes refieren esta inconveniencia como una de las razones principales para abandonar el tratamiento que están recibiendo (Carpenter et al., 1981).

✓ Lista de espera

Muchos investigadores han sugerido la importancia de la relación entre el tiempo de espera para la cita inicial y el no acudir a ella (Campbell et al., 1991; Livianos-Aldana et al., 1999). El factor lista de espera explica gran parte de las ausencias a las citas. De hecho, en la práctica clínica diaria se ha comprobado que los pacientes cumplen con sus citas preferentes -que tienen un tiempo de espera inferior a 15 días- más que con sus citas programadas -en las que tienen que esperar 3 meses y 10 días como media- (Otero et al., 2001).

Las largas latencias entre la remisión de un paciente, o la petición por parte de éste de una cita y la fecha de concesión de dicha cita contribuye a que el paciente no acuda a dicha cita (Altamura y Malhi, 2000; Carpenter et al., 1981; de las Cuevas et al., 1996; Ibach, 1995; Matas, Stanley y Griffin, 1992; Nicholson, 1994; Rock, 1982). En general una espera corta (inferior a 14 días) no afecta a la tasa de no acudir, mientras que periodos de espera más largos incrementan la tasa de no asistencia dramáticamente (Sparr, Moffitt y Ward, 1993), aunque hay estudios en los que no se ha encontrado esta relación (Alexander y Hillis, 1989; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Lowman, DeLarge, Roberts y Brady, 1984).

✓ Tratamientos previos

Diferentes investigaciones encaminadas a determinar si haber recibido o no tratamientos previos está asociado con el abandono del tratamiento han demostrado que el tratamiento previo es un factor que ejerce una influencia positiva en la continuación del tratamiento actual, de modo que los pacientes que han sido tratados anteriormente por un psicólogo o psiquiatra presentan una mejor adherencia al tratamiento que reciben en la actualidad (Bischoff y Sprenkle, 1993; Blouin et al., 1985; Carpenter et al., 1981; Friedman y West, 1987; Johansson et al., 1996; Pomeroy y Ricketts, 1985).

Por supuesto, no faltan investigaciones en las cuales los resultados no apuntan en esta dirección, no encontrando correlación significativa entre haber recibido tratamientos previos y el buen cumplimiento del actual (Swett y Nones, 1989).

✓ Información proporcionada al paciente

Otra causa importante de abandono del tratamiento es la insuficiente información dada al enfermo en el momento del diagnóstico o la falta de claridad de la misma (Galperin, 1994; Nouvilas, 2000; Wright, 1993). Aumentando el nivel de conocimiento del paciente acerca de su propia enfermedad (Buchanan, 1992; Menzies, Rocher y Vissanjee, 1993), así como de los riesgos de no seguir el tratamiento de manera adecuada (Nouvillas, 2000) es posible lograr la adherencia al tratamiento y por lo tanto el éxito de la terapia.

La información por parte del clínico ha de ser inteligible y acorde con el nivel cultural del paciente, explicándole las características de su enfermedad, su duración, y la necesidad de no suspender el tratamiento sin consultar antes al profesional responsable. Para poder disponer de esta información y transmitirla de forma precisa y

clara al paciente debemos conocer el motivo de la visita (si es por rutina, por su propia iniciativa, por presión de los familiares...), que quiere el paciente expresar con sus quejas (inseguridad, enojo, indiferencia familiar, problemas vitales...), como éste percibe su problema (que síntomas reconoce, que limitaciones, que interpretación encuentra...), cual es su queja principal, cuál es el contexto de su problema (en que afecta al medio social, laboral, familiar, que implicaciones económicas tiene...), etc., en definitiva, estudiar al paciente en profundidad (Galperin, 1994; Nouvilas, 2000).

Si no se conocen los detalles fundamentales que rodean al paciente y a su trastorno es imposible comunicar una información concreta sobre las pautas a seguir. Además, deben reflejarse por escrito los aspectos fundamentales del tratamiento así como la periodicidad de los controles (Lobo-Barrero y Pérez-Escolano, 1997).

Graveley y Oseasohn (1991) no encontraron en su estudio diferencias significativas en función de la persona que proporcionaba las instrucciones acerca del tratamiento o el tipo de instrucciones dadas y el cumplimiento terapéutico.

✓ Satisfacción con el tratamiento recibido

El estudio de la satisfacción de los pacientes en relación al tratamiento recibido presenta grandes lagunas y muestra resultados inconcluyentes e incongruentes.

Diversos estudios han mostrado una relación positiva, aunque no siempre significativa, entre la valoración positiva de la experiencia terapéutica y el cumplimiento de la misma (Pekarik, 1992; Wildner, 1995), mostrando además una disposición más favorable hacia un nuevo contacto futuro (Hillis, Eagles, y Eagles, 1993; Sparr, Moffitt y Ward, 1993). Pero también hay estudios que han demostrado la

ausencia de diferencia en el grado de satisfacción entre los pacientes cumplidores y aquellos que abandonan el tratamiento (Killaspy, Gledhill y Banerjee, 1998).

Factores relativos al terapeuta

✓ Estatus profesional

En cuanto a los resultados encontrados en diferentes estudios acerca de la influencia del estatus profesional del facultativo encargado del tratamiento, se han encontrado resultados que apuntan en direcciones contrarias.

Sledge y sus colaboradores (1990) afirman, a partir de los datos de su investigación, que las tasas de abandono no están significativamente asociadas con el estatus del terapeuta. Es decir, no existen diferencias en la adherencia entre los pacientes tratados por personal de plantilla y personal en formación -ya sean estos psicólogos o psiquiatras- realizando el periodo de especialización PIR o MIR respectivamente. A la misma conclusión llegan Bueno Heredia y sus colaboradores (2001), puesto que no encuentran que la tasa de adherencia sea mayor en psiquiatras en plantilla que en personal en formación, datos que coinciden con los encontrados por otros investigadores con anterioridad (Swett y Noones, 1989),

A parte del estatus o situación profesional, la influencia del grado de experiencia de los psicólogos o psiquiatras también ha sido estudiada en relación con el abandono terapéutico. Diferentes estudios han mostrado que la inexperiencia que se presupone a los terapeutas en prácticas frente a los profesionales de plantilla no influye en la terminación del tratamiento, no existiendo evidencia de que la experiencia del terapeuta -o por lo menos los años de experiencia laboral- esté directamente

relacionada con la continuidad (Berrigan y Garfield, 1981; Burlingame et al., 1989; Stein y Lambert, 1984).

Aunque en general no haya evidencia de la relación entre los años de experiencia y el buen cumplimiento del tratamiento, hay autores que han encontrado que la percepción por parte del paciente de la preparación técnica y profesionalidad del terapeuta y la adherencia a la terapia sí están relacionadas (Nouvilas, 2000).

✓ Profesión del facultativo

En lo que se refiere a las diferentes profesiones implicadas en el tratamiento de las enfermedades mentales, hay autores que mantienen que el cumplimiento es mejor en pacientes tratados por un psiquiatra que en pacientes que están bajo un tratamiento llevado a cabo por un psicólogo (Bueno Heredia et al., 2001).

Una explicación factible de este hecho es que la mayor parte de los psiquiatras llevan a cabo una terapia farmacológica, mientras que los psicólogos no recetan ningún tipo de medicación, y, como se ha señalado anteriormente, el tratamiento farmacológico alcanza mayores tasas de cumplimiento que la terapia no farmacológica. Es decir, la medicación juega un papel determinante en la adherencia al tratamiento, ya que parece ser que el paciente se siente más dependiente del tratamiento farmacológico que de la psicoterapia (Blackwell, 1976).

Donde no se ha encontrado relación es entre la continuación del tratamiento y si la primera entrevista al paciente había sido realizada por un psicólogo o psiquiatra, o por otro profesional sanitario (Atwood y Beck, 1985).

✓ Actitud del profesional responsable

La actitud del profesional, su estilo de desempeño de la profesión (permisivo, autoritario...), sus valores personales y sociales, y su disposición hacia el paciente, y hacia el proceso salud - enfermedad, su capacidad para escuchar y atender a las necesidades socioemocionales o afectivas del paciente son factores determinantes en la adhesión terapéutica (Altamura y Malhi, 2000; Blackwell, 1976; Galperin, 1994; Nouvilas, 2000), siendo los hallazgos de las diferentes investigaciones muy afines en este sentido.

Los pacientes que interrumpieron de forma prematura su tratamiento hicieron con frecuencia responsable del abandono al terapeuta por su personalidad, la falta de competencia profesional o las dificultades surgidas en el curso de la terapia, mientras que la valoración de los pacientes continuadores era la contraria (Freire Arteta, 1990). Los pacientes que cumplen con su tratamiento consideran que las respuestas afectivas de los terapeutas son más consistentes y positivas (Beckham, 1992; Freire Arteta, 1994), que los profesionales tienen la habilidad de inspirar confianza, están orientados hacia la tarea y mantienen una actitud flexible (Baum et al., 1966).

✓ Relación paciente - profesional

La interacción entre el clínico y el paciente en las entrevistas puede influir, positiva o negativamente, en el cumplimiento futuro del tratamiento (Kampman y Lehtinen, 1999; Hartley y Strupp, 1983; Luborsky y Crits-Christoph, 1988; Mohl et al., 1991; Meise, Günther y Gritsch, 1992; Otero et al., 2001), del mismo modo que influye la relación mantenida entre la familia, el paciente y el profesional (Galperin, 1994).

Precisamente, un breve contacto previo antes del comienzo del tratamiento en sí con el profesional puede ser suficiente para mejorar el patrón de adherencia del paciente, de igual modo que la discusión de las expectativas del paciente acerca del tratamiento en la primera cita puede reducir en gran medida el abandono (Roberts, 1985). Este efecto de mejora del cumplimiento parece conseguirse con mayor facilidad si la actitud del facultativo hacia los resultados futuros del tratamiento es optimista (Blackwell, 1976).

Los pacientes con menos abandonos consideran sus entrevistas más personalizadas, mejor estructuradas, menos confusas y con una meta más definida (Galperin, 1994), y en general una mayor calidad en la relación paciente-terapeuta (Beckham, 1992; Buchanan, 1992; Conner, Black y Stratton, 1998; Frank et al., 1995; Garrity, 1981; Ryan, 1994; Scott, 1995), una atmósfera relajada de negociación y un apoyo y ánimo por parte del responsable del tratamiento (Nouvelas, 2000).

Hay autores que señalan que las actitudes del facultativo en relación con el hecho de que el paciente reciba medicación, así como la aprobación del tratamiento ejercen un importante papel en la determinación de la adherencia (Cochran y Gitlin, 1988). Los pacientes toman mejor su medicación si el médico que la prescribe demuestra que confía en su eficacia y en la importancia de la correcta administración. Además, los pacientes cumplidores afirman estar más persuadidos por el profesional responsable a tomar la medicación de forma regular (Conner, Black y Stratton, 1998).

2.6. CONSECUENCIAS DEL ABANDONO TERAPÉUTICO

La falta de adherencia a los tratamientos tal y como han sido prescritos conlleva una serie de consecuencias que afectan a todas las personas implicadas en él, así como a las instituciones que se hacen cargo de la terapia y a la sociedad en el cual están inmersas.

Entre los terapeutas responsables del tratamiento de pacientes que abandonan inexplicablemente la terapia prescrita puede aparecer cierta frustración y desmoralización por no ver los objetivos cumplidos (Boyer y Hoffman, 1993; Casement, 1990, 1993; Hill et al., 1996; Ruscher, de Wit y Mazmanian, 1997; Sledge et al., 1990; Van Denburg y Van Denburg, 1992). La mala adherencia terapéutica consigue que la relación existente entre el paciente y el profesional sea tensa en incluso puede llegar a alterar de forma negativa la percepción del paciente acerca de la calidad del cuidado que le está siendo proporcionado (Kelly y Scott, 1990).

Pero no son las consecuencias que afectan a los terapeutas las que revisten mayor importancia, ya que encontramos que los pacientes no cumplidores sufren una serie de complicaciones de carácter grave, las cuales podrían eliminarse, o en cualquier caso reducirse, con el buen cumplimiento de las advertencias clínicas. El no seguir las prescripciones ofrecidas por el profesional puede traducirse en un daño potencial de la salud, ya que los resultados del tratamiento cuando la adherencia no es la adecuada o existe un abandono completo, no están, ni mucho menos, a la altura de lo deseable, debido a que la efectividad del tratamiento se reduce de manera considerable (Blackwell, 1976; Bueno Heredia et al, 2001; Casper y Regan, 1993; Cross y Warren, 1984; Fenton, Blyler y Heissen, 1997; Fernando et al., 1990; Haynes y Dantes, 1987;

Kissling, 1994; Strakowsky, Keck y McElroy, 1998; Kelly y Scott, 1990; Verdoux et al., 2000).

Es frecuente que aparezca un agravamiento de la sintomatología clínica del paciente cuando el cumplimiento terapéutico no es el adecuado (Bartkó, Herczeg y Zádor, 1988; García Cabeza et al., 1999; Owen, Fischer, Booth y Cuffel, 1996; Verdoux et al., 2000), hecho que puede verse aumentado con el abuso de sustancias, el consumo de alcohol y la ausencia de contacto ambulatorio (Haywood et al., 1995; Owen, Fischer, Booth y Cuffel, 1996; Pristach y Smith, 1995), llegando incluso a alcanzarse tasas más elevadas de suicidios consumados y actos autodestructivos en sujetos no cumplidores. Además, la interrupción prematura del tratamiento guarda una relación directa con enfrentamientos con la ley (Smith, 1989), agresiones y comportamiento violento (Swartz et al, 1998) y homicidios (Tanay, 1987), lo que aumenta la reincidencia institucional y los problemas con la justicia (Smith, 1989; Swartz et al., 1998).

Las consecuencias clínicas de la mala adherencia terapéutica no aparecen únicamente en el terreno de la salud mental, sino que están presentes en todas las áreas de la práctica médica, habiendo sido ampliamente estudiados en enfermedades como la tuberculosis (Gaspar et al., 1992; Menzies et al., 1993; Nolan, 1992; Pulido Ortega et al., 1997; Sumartojo, 93), la diabetes (Kavanagh et al., 1993; Seley, 1993), el cáncer (Di Matteo, 1991; Tebbi, 1993) y las afecciones cardíacas y respiratorias (Bosley et al., 1995; Horne et al., 1999; Luepker, 1993; Spierings y Miree, 1993).

Una de las medidas más objetivas que reflejan este fenómeno son las tasas de recaídas y rehospitalizaciones, índice que se presenta mucho más elevado en pacientes con abandono terapéutico o con problemas en la adhesión a las prescripciones (Bueno

Heredia et al., 2001; García Cabeza et al., 1999; Goodwin y Jamison, 1990; Green, 1988; Haywood et al., 1995; Kelly y Scott, 1990; Kissling, 1994; Linn, Klett y Cafety, 1982; Verdoux et al., 2000). Fenton y sus colaboradores (1997) estiman que el riesgo de recaída es cuatro veces mayor en estos sujetos, presentando un curso episódico de la enfermedad (Verdoux et al., 2000). Suppes y sus colaboradores (Suppes et al., 1991) encontraron que cerca del 50% de los pacientes maníaco-depresivos que discontinuaban su tratamiento sufrían un nuevo episodio de la enfermedad dentro de los seis primeros meses tras la interrupción. Myers y Brainthwaite (1992) encontraron que en los trastornos unipolares las recaídas en el primer año tras el abandono del tratamiento son del 80% y sólo de un 30% en los pacientes que se adhieren de forma adecuada a la terapia. Para los pacientes esquizofrénicos el cumplimiento es particularmente importante a la hora de mantener la estabilidad y evitar la rehospitalización debido a la gravedad de su trastorno (Fernando et al., 1990; Kelly y Scott, 1990; Pristach y Smith, 1990; Sands, 1984), encontrando que las recaídas un año después de recibir el alta pueden alcanzar tasas de hasta el 55% (Adams y Scott, 2000; Sparr, Moffitt y Ward, 1993).

Además del aumento del riesgo de rehospitalización, hay autores que han encontrado que el fallo en el cumplimiento del tratamiento prescrito puede prolongar el tiempo de hospitalización (Caton et al., 1985; Hoge et al., 1990) y el período de tratamiento, así como llevar a un diagnóstico equivocado, lo cual tiene graves implicaciones (Kelly y Scott, 1990).

La no adherencia al tratamiento constituye un gran obstáculo para la eficacia del tratamiento en la práctica clínica (Bebbington, 1995; Dickson y Kendall, 1986; Hartley y Stupp, 1983; Farmer, 1999; Keith, 2001; Passos y Camacho, 2000; Scott, 1995;

Stephenson et al., 1993). Varios autores defienden la idea de que el abandono terapéutico y los resultados de la terapia están íntimamente relacionados, ya que en sus investigaciones han hallado que aquellos factores que diferencian consistentemente los buenos y los malos resultados de la psicoterapia son los mismos factores que distinguen a los pacientes que interrumpen su tratamiento de forma prematura de los que continúan con él, lo cual pone de manifiesto la importancia de la adhesión para la obtención de buenos resultados (Blackwell, 1976; Connelly, Davenport y Nurenbrher, 1982; Cross y Warren, 1984; Davis et al., 1993; Luborsky et al., 1988; Marmar et al., 1986).

Diferentes investigadores obtienen resultados que demuestran que el cumplimiento es uno de los principales determinantes del resultado final del tratamiento de la esquizofrenia (Casper y Reagan, 1993; Curson et al., 1985; Gaebel y Pietzker, 1985) y una de las principales barreras en el tratamiento eficaz de la misma.

Pero no se puede equiparar abandono del tratamiento con fracaso terapéutico, ya que, como señalaron Littlepage y sus colaboradores (1976), hay ocasiones en que los pacientes que no han continuado con el tratamiento evalúan su experiencia acerca de éste y los resultados del mismo de igual forma que aquellos que finalizan el tratamiento de manera adecuada, llegando a un 40% la proporción de pacientes que tras abandonar su terapia no volvieron a sentirse mal posteriormente (Roberts, 1985). Además, es posible que la relación entre la mala adherencia y los pobres resultados clínicos sea de carácter bidireccional, es decir, que el mal cumplimiento del tratamiento influya de forma negativa en los resultados, y los malos resultados lleven al paciente a no adherirse adecuadamente (Fenton, Blyles y Heissen, 1997), formando así un círculo vicioso del que no es tarea fácil salir.

Lo que parece claro es que para conseguir y mantener unos resultados óptimos el cumplimiento de la terapia es prácticamente imprescindible (Keck et al., 1996), ya que si no existe por parte del paciente una adhesión adecuada no se puede garantizar el éxito terapéutico (Roberts, 1985).

Con respecto a las repercusiones económicas que el no cumplimiento del tratamiento acarrea tanto para el paciente como para la clínica responsable y la sociedad en general, se puede concluir que el consumo de recursos monetarios y asistenciales es abrumador (Alexander y Hillis, 1989; Barofsky y Connelly, 1983; Blackwell, 1976; Bebbington, 1995; Bueno Heredia et al., 2001; Garfield, 1986; Pristach y Smith, 1990; Weiden y Olfson, 1995).

La inmensa mayoría de los pacientes que abandonan su tratamiento vuelven a solicitar asistencia a medio o a largo plazo (Bueno Heredia et al., 2001), y según los hallazgos de Weiden y Olfson (1995) el 40% de los costes de rehospitalización son atribuidos al no cumplimiento terapéutico, siendo los pacientes esquizofrénicos no cumplidores los que mayores recursos consumen. Según Sparr y colaboradores (1993) el 71% de las citas perdidas por los pacientes eran vueltas a pedir espontáneamente por ellos, siendo la mayoría de las peticiones (73%) realizadas en de las dos semanas siguientes. Estas cifras son muy similares en el resto de los estudios realizados acerca del tema (Matas, Stanley y Griffin, 1992).

Debido a todas las repercusiones que se ha demostrado que acarrea el no cumplimiento terapéutico en el área de salud mental es ineludible el deber de facilitar que los pacientes se impliquen en el tratamiento, de forma que se consiga que los resultados de la terapia sean óptimos, obteniendo así los pacientes una mejor calidad de vida y los terapeutas un mayor grado de satisfacción, a la vez que se reduce el coste

económico en la sociedad. Tampoco hay que olvidar las limitaciones que el abandono terapéutico pone a la investigación científica, ya que interfiere en la demostración de la eficacia de los tratamientos, o arroja resultados poco fiables acerca de dicha eficacia.

**3. FACTORES DETERMINANTES DEL ABANDONO
TERAPÉUTICO: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS,
CLÍNICAS, ASISTENCIALES, TERAPÉUTICAS Y
RELATIVAS AL PROFESIONAL**

3. FACTORES DETERMINANTES DEL ABANDONO TERAPÉUTICO: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, ASISTENCIALES, TERAPÉUTICAS Y RELATIVAS AL PROFESIONAL

3.1. PLANTEAMIENTO E HIPÓTESIS

A partir de la revisión de la bibliografía existente que relaciona las variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas y del psicólogo o psiquiatra responsable del tratamiento con la adherencia a la terapia, se ha podido demostrar la marcada influencia que algunas de estas variables ejercen en el abandono del tratamiento en pacientes con trastornos mentales.

En el presente estudio se pretende poner de manifiesto dicha influencia en una muestra española -población en la que la investigación es muy escasa-, para lo cual nos proponemos constatar las siguientes hipótesis:

Hipótesis sobre el porcentaje de abandono terapéutico:

Los Servicios de Salud Mental de los distritos de Centro y Latina de la Comunidad de Madrid, los cuales ofrecen tratamiento ambulatorio a pacientes con trastornos mentales, presentan un porcentaje de abandono de entre el 20% y el 60% del total de pacientes que han iniciado el tratamiento en estos servicios.

Hipótesis sobre variables sociodemográficas:

1.- Los pacientes varones tratados de forma ambulatoria abandonan con mayor frecuencia que las mujeres tratadas en estos mismos dispositivos.

- 2.- Los pacientes jóvenes (entre 18 y 32 años de edad) tratados de forma ambulatoria abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que aquellos adultos que sobrepasan los 32 años.
- 3.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que son solteros, separados, divorciados o viudos abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que los casados.
- 4.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que viven solos abandonan con mayor frecuencia en comparación con aquellos que no viven solos.
- 5.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que no poseen estudios abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que aquellos que si los tienen, sea cual sea el nivel educativo alcanzado.
- 6.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria cuya profesión se enmarca dentro de la clasificación de “profesionales, técnicos, directivos o gerentes” (estatus profesional alto) son los que menos abandonan su tratamiento en comparación con el resto de las profesiones.
- 7.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que se encuentran en paro en el momento del tratamiento abandonan este con mayor frecuencia que los pacientes que se encuentran en cualquier otra situación laboral (estudiantes, trabajadores, amas de casa o jubilados).

Hipótesis sobre variables clínicas y asistenciales:

- 8.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria diagnosticados de esquizofrenia son los que más abandonan el tratamiento en comparación con el resto de los diagnósticos.
- 9.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que no presentan antecedentes psiquiátricos abandonan con mayor frecuencia que aquellos que si los presentan, sean estos de carácter ambulatorio u hospitalario.
- 10.- Las tasas de abandono de cada uno de los Centros estudiados de los Servicios de Salud Mental de los distritos de Centro y Latina de la Comunidad de Madrid no son estadísticamente diferentes.

Hipótesis sobre variables relacionadas con el tratamiento y el profesional responsable:

- 11.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria con un tratamiento que incluya la combinación de terapia individual y tratamiento farmacológico son los que menores tasas de abandono presentan en comparación con los pacientes que reciben cualquier otro tipo de tratamiento.
- 12.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria cuyo profesional responsable es un psiquiatra abandonan con menor frecuencia que aquellos cuyo facultativo responsable es un psicólogo.
- 13.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria por más de un psicólogo o psiquiatra abandonan con mayor frecuencia que los pacientes que solo son tratados por un único profesional.

- 14.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria cuyo profesional responsable es joven (menor de 46 años) abandonan con mayor frecuencia que los pacientes con un profesional más mayor (46 años o más).
- 15.- Los pacientes tratados por mujeres de forma ambulatoria abandonan con mayor frecuencia que los pacientes atendidos por un psicólogo o psiquiatra varón.
- 16.- Los pacientes en régimen ambulatorios que son tratados por un profesional con menos de 10 años de antigüedad en el actual puesto de trabajo abandonan con mayor frecuencia que los pacientes cuyo profesional responsable lleva 10 años o más en su puesto de trabajo.
- 17.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria atendidos por profesionales con menos de 16 años de experiencia en Servicios de Salud Mental públicos -dentro o fuera de Madrid- abandonan con mayor frecuencia que los pacientes cuyo profesional responsable posee 16 años o más de experiencia en dichos servicios.

3.2. MATERIAL Y MÉTODO

3.2.1. Variables del estudio

Uno de los errores más comunes de las investigaciones realizadas sobre el abandono terapéutico es la falta de definición precisa del término *abandono*. Este es un hecho frecuente que ejerce una gran influencia en la obtención de resultados contradictorios, o cuanto menos ambiguos, en los estudios llevados a cabo sobre este tema. Con el fin de evitar este error común, se ofrece a continuación la definición

empleada en este estudio del término *abandono terapéutico*, así como una relación del resto de las variables estudiadas.

Definición de abandono terapéutico

El abandono terapéutico es considerado en esta investigación como la interrupción del tratamiento psicológico/psiquiátrico por parte del paciente de forma independiente, es decir, no consultándolo con el profesional responsable de su terapia, sin volver, además, a contactar con el Servicio de Salud Mental al que estaba acudiendo en un periodo de seis meses tras la ruptura del tratamiento.

Así, han sido incluidos en el grupo experimental todos aquellos pacientes que habiendo acudido al menos a dos citas con un psicólogo o psiquiatra han dejado de asistir a la última cita concertada y no han contactado con el Centro de Salud durante el siguiente medio año.

Los criterios de exclusión del grupo experimental son los siguientes:

- Acudir a una sola cita en el Centro de Salud Mental: los pacientes que únicamente han tenido una entrevista inicial con un psicólogo o psiquiatra no han sido incluidos en el estudio, ya que se ha considerado que dichos pacientes no han comenzado ningún tratamiento, por lo que no se trata de abandono terapéutico en sentido estricto.
- No asistir a la cita concertada contactando posteriormente con el Centro de Salud Mental: aquellos pacientes que por alguna razón no han acudido a su cita, pero han

pedido una nueva en un plazo inferior a seis meses tampoco han sido incluidos en el grupo experimental.

- Ser menor de 18 años.

Variables sociodemográficas del paciente

En el siguiente cuadro se presentan las variables sociodemográficas del paciente que han sido estudiadas, así como los diferentes valores que pueden tomar dichas variables.

VARIABLES ESTUDIADAS	VALORES DE LAS VARIABLES
Edad	Entre 18 y 94 años
Género	Varón Mujer
Estado civil del paciente	Casado Soltero, Separado, Divorciado o Viudo
Tipo de convivencia	Solo Con pareja y/o con hijos Con el padre, con la madre o con ambos Con otros familiares o en adopción En institución
Nivel educativo	Sin estudios Certificado de escolaridad, EGB o FP1 BUP, FP2 Estudios Universitarios

Ocupación	Profesionales, técnicos, directivos o gerentes Personal de servicios administrativos Comerciantes y vendedores Hostelería, servicios, seguridad, industria, comunicación y transporte Profesionales de las fuerzas armadas y ocupaciones no bien especificadas
-----------	--

Situación laboral	Parado Trabajando Retirado, jubilado, pensionista Estudiante Dedicándose a labores del hogar
-------------------	--

Variables clínicas y asistenciales

Las variables estudiadas relacionadas con el dispositivo asistencial y el diagnóstico y características clínicas del paciente se presentan a continuación.

VARIABLES ESTUDIADAS	VALORES DE LAS VARIABLES
Antecedentes psiquiátricos	Antecedentes ambulatorios u hospitalarios Sin antecedentes

Diagnóstico principal
(Agrupación diagnóstica a
partir de la clasificación CIE-9)

- **TRASTORNOS PSICÓTICOS:** Psicosis orgánica senil y presenil (290), Psicosis alcohólicas (291), Psicosis inducidas por drogas (292), Psicosis orgánicas transitorias (293), Otras psicosis orgánicas (294).
 - **TRASTORNOS NEURÓTICOS:** Trastornos neuróticos (300).
 - **ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS:** Síndrome de dependencia alcohólica (303), Dependencia a drogas (304), Abuso de drogas (305).
 - **TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN:** Reacciones agudas a estrés (308), Reacciones de adaptación (309).
 - **ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS DELIRANTES:** Psicosis esquizofrénica (295), Estados paranoides (297), Reacción paranoide aguda (2983), Psicosis psicógena paranoide (2984).
 - **TRASTORNOS AFECTIVOS:** Psicosis afectivas (296), Psicosis no orgánica de tipo depresivo (2980), Trastorno depresivo no clasificado en otro lugar (311).
 - **TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA:** Trastornos de personalidad (301), Alteración de la conducta no clasificada en otro lugar (312).
 - **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN:** Anorexia nerviosa (3071), Otros trastornos de la alimentación (3075).
-

Centro en el que ha sido atendido el paciente*	Centro de Salud Mental A Centro de Salud Mental B Centro de Salud Mental C Centro de Salud Mental D
--	--

Variables relativas a la terapia y al terapeuta

En el siguiente cuadro quedan reflejadas las variables relativas a la terapia y al profesional responsable del tratamiento.

VARIABLES ESTUDIADAS	VALORES DE LAS VARIABLES
Tratamiento empleado	Tratamiento farmacológico Terapia individual Terapia de grupo y grupos de apoyo Tratamiento farmacológico + terapia individual Otras modalidades de tratamiento
Profesión del profesional responsable	Psicólogo Psiquiatra
Número de psicólogos y/o psiquiatras que han atendido al paciente durante el tratamiento	Un único psicólogo o psiquiatra Más de un psicólogo y/o psiquiatra
Edad del profesional responsable	Menor de 46 años 46 años o más

* Por motivos ajenos a la autora, los nombres de los Centros de Salud Mental estudiados no pueden aparecer reflejados en el presente documento.

Género del profesional responsable	Mujer Varón
Antigüedad del profesional responsable en el actual centro de trabajo (en años)	Menos de 10 años 10 años o mas
Años de experiencia del profesional en Servicios de Salud Mental públicos dentro o fuera de Madrid	Menos de 16 años 16 años o más

3.2.2. Muestra

La muestra total empleada en la presente investigación está compuesta por 1578 sujetos, de los cuales la mitad pertenecen al grupo experimental y la otra mitad al grupo control, creando para el estudio un diseño de casos - control.

En primer lugar se seleccionaron todos los casos nuevos (incidencia) del año 1999 en los distritos de Centro y Latina, distritos pertenecientes al área sanitaria nº 7 de la Comunidad de Madrid (ver figura 3).

A continuación se incluyeron en el grupo experimental todos aquellos pacientes que abandonaron su tratamiento este mismo año o en los dos años posteriores, es decir, en 1999, 2000 o 2001. Por último, se realizó una selección aleatoria entre todos los pacientes que habiendo acudido por primera vez al tratamiento en el año 1999, presentaban un buen cumplimiento del mismo, habiendo sido dados de alta por el profesional o continuando adecuadamente con su terapia.



Figura 3. Área sanitaria nº 7 de la Comunidad de Madrid, a la cual pertenecen los distritos estudiados en la investigación (Distrito Centro y distrito Latina).

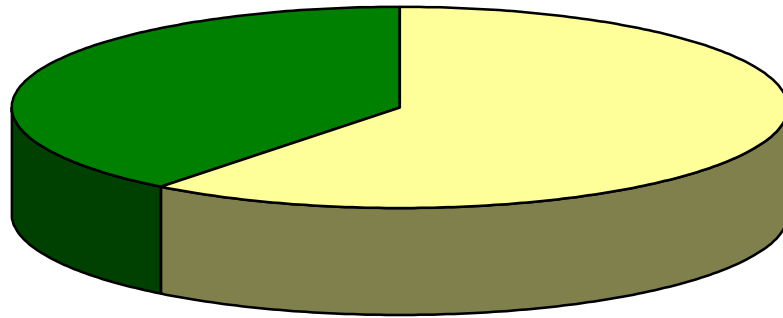
Bajo estas líneas se detallan ambos grupos por separado con el fin de describirlos en profundidad. En ambos casos no se han incluido en la muestra los pacientes con una edad inferior a los 18 años, ya que el patrón de utilización de los Servicios de Salud Mental de estos pacientes difiere en gran medida del resto al tratarse de menores de edad, lo que hace que, en un gran número de ocasiones, no sean ellos mismos los que toman las decisiones acerca de su tratamiento.

Grupo experimental

El grupo experimental está formado por un total de 789 sujetos de edades comprendidas entre los 18 y los 94 años, habiendo 477 mujeres y 311 varones (se desconoce el género de uno de los sujetos). Estos sujetos representan la totalidad de los abandonos terapéuticos (ver definición de abandono terapéutico en el apartado anterior) de los distritos de Centro y Latina de la Comunidad Autónoma de Madrid. De la totalidad del grupo, 341 pacientes pertenecen al distrito Centro, mientras que 448 componen el grupo del distrito Latina.

Las características sociodemográficas del grupo experimental se encuentran reflejadas en el apartado de resultados, si bien a continuación se exponen algunas de las características principales de este grupo.

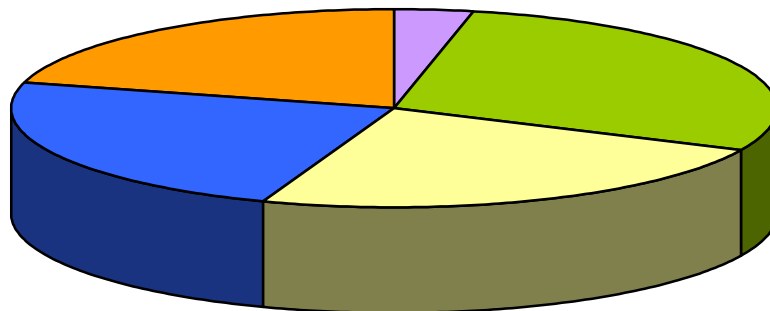
GÉNERO DEL PACIENTE



Perdidos	1
Mujer	477
Varón	311

Moda: Mujer

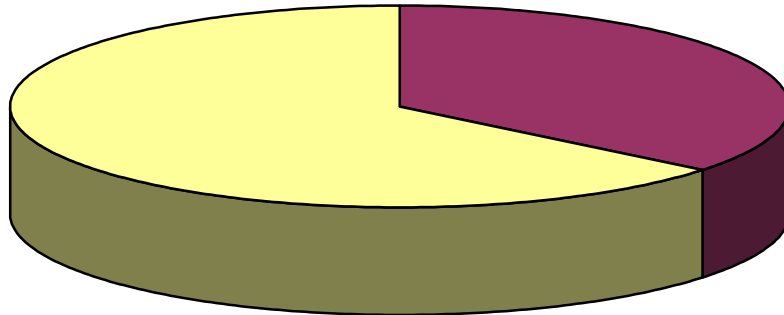
EDAD DEL PACIENTE



Perdidos	27
Hasta 32 años	224
Entre 33 y 43 años	187
Entre 44 y 60 años	186
Más de 60 años	165

Moda: Hasta 32 años

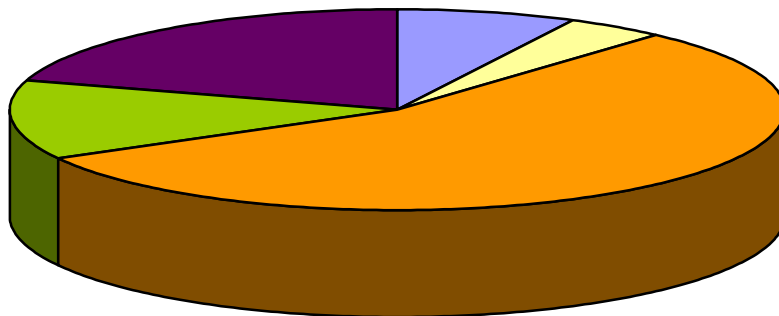
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE



■ Casado	282
■ Soltero, divorciado, separado o viudo	507

Moda: Soltero, divorciado, separado o viudo

NIVEL EDUCATIVO



■ Perdidos	60
■ Sin estudios	33
■ Certificado de estudios, EGB, FP1	435
■ BUP, FP2	100
■ Estudios Universitarios	161

Moda: Certificado de estudios, EGB, FP1

Figura 4. Gráficas de las principales variables sociodemográficas del grupo experimental.

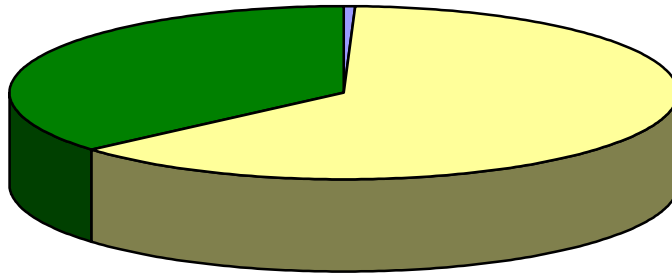
Grupo control

El grupo control ha sido seleccionado de manera aleatoria entre todos los pacientes de los distritos de Centro y Latina que han mostrado una adherencia adecuada al tratamiento, es decir, que continúan cumpliendo su tratamiento o que han sido dados de alta por el profesional responsable del mismo. El grupo control es igual a la muestra experimental en número y en proporción de pacientes de cada distrito. Es decir, la muestra control total está compuesta por 789 sujetos, de los cuales 341 pertenecen al distrito de Centro y 448 al distrito de Latina.

497 mujeres y 288 varones forman el grupo control de la investigación (se desconoce el género de cuatro pacientes), estando todos ellos entre los 18 y los 91 años de edad.

Las principales características sociodemográficas de los pacientes que componen este grupo se muestran en los siguientes gráficos, pudiéndose conocer la totalidad de las características en el posterior apartado de resultados.

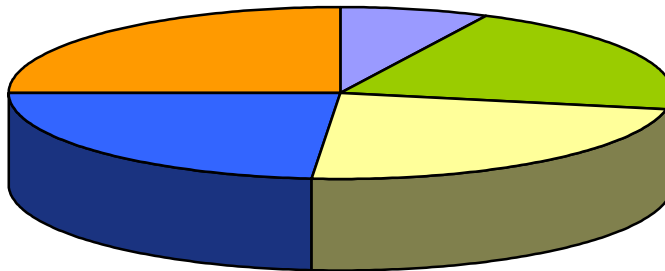
GÉNERO DEL PACIENTE



■ Perdidos	4
■ Mujer	497
■ Varón	288

Moda: Mujer

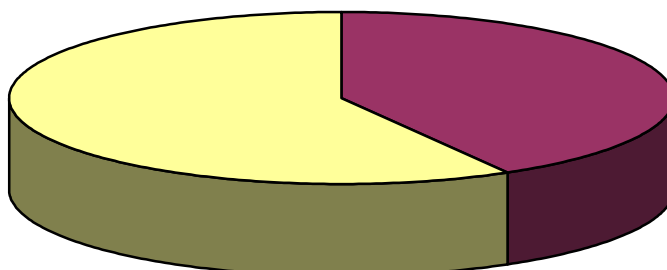
EDAD DEL PACIENTE



■ Perdidos	58
■ Hasta 32 años	164
■ Entre 33 y 43 años	183
■ Entre 44 y 60 años	187
■ Más de 60 años	197

Moda: Más de 60 años

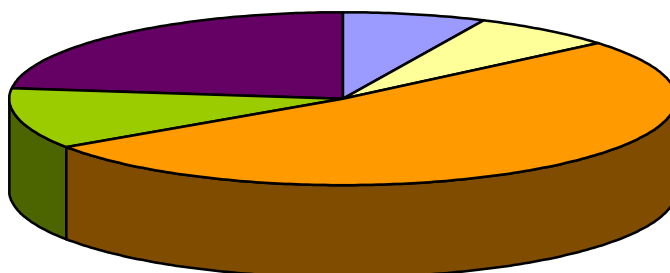
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE



■ Casado	328
■ Soltero, divorciado, separado o viudo	461

Moda: Soltero, divorciado, separado o viudo

NIVEL EDUCATIVO



■ Perdidos	54
■ Sin estudios	56
■ Certificado de estudios, EGB, FP1	408
■ BUP, FP2	88
■ Estudios Universitarios	183

Moda: Certificado de estudios, EGB, FP1

Figura 5. Gráficas de las principales variables sociodemográficas del grupo control.

3.2.3. Material

Material para la evaluación de variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas y relacionadas con el profesional responsable

Para la evaluación de las variables sociodemográficas se ha empleado un dispositivo informático desarrollado por el departamento de informática de la Comunidad de Madrid para el Servicio de Salud Mental de la Consejería de Sanidad. Se trata de un registro acumulativo de pacientes asistidos en la red pública de salud mental de la Comunidad de Madrid, denominado R.C.P. (Registro de Casos Psiquiátricos). Este registro recoge información de todos los centros de la red y de todas las actividades que sobre un paciente realizan dichos centros.

De este modo, a través de este registro de casos es posible conocer tanto los datos sociodemográficos del paciente como los datos asistenciales del mismo.

La totalidad de la información recogida relativa a los pacientes se ordena a través de un código de identificación del paciente (único para cada paciente) y a través del número de historia clínica de éste.

A través del registro se obtuvo la información relativa a los dispositivos de los distritos de Centro y Latina. Dichos dispositivos son los centros donde los pacientes demandan asistencia y donde son atendidos por un determinado profesional o colectivo de profesionales. En este estudio se accedió únicamente a los datos de los dispositivos ambulatorios, ya que es este servicio y no otro el que nos ocupa en la presente investigación.

Además se elaboró un cuestionario para conocer ciertas características -tales como la edad o los años de experiencia profesional- de los psicólogos y psiquiatras que trabajan en los Centros de Salud Mental estudiados. Este cuestionario se incluye en el Anexo I.

3.2.4. Análisis estadístico

✓ Estadísticos descriptivos

Para todas y cada una de las variables incluidas en el estudio se han extraído las frecuencias, la moda y el valor máximo y mínimo. Este análisis se ha llevado a cabo tanto en la muestra control como en la muestra experimental.

✓ Diferencia de las muestras

Todas las variables de este grupo han sido tomadas como variables cualitativas, por lo que el método de análisis adoptado para la diferencia de las muestras control y experimental ha sido la realización de Tablas de contingencia. A partir de este análisis se ha extraído el estadístico exacto de Fisher, así como el valor de la ventaja y el intervalo de confianza al 95%.

Tomando como referencia la categoría de cada una de las variables en la cual la tasa de abandono es más elevada, se han realizado las comparaciones entre las diferentes categorías que componen las variables, con el fin de conocer el grado relativo de abandono en todas ellas.

- ✓ Regresión logística para hallar el perfil del paciente con alto riesgo de abandono

Con el objeto de evaluar la asociación de aquellas variables que en el análisis crudo obtenían un resultado de la *p* del contraste inferior a 0,05, se ajustó un modelo de regresión logística por pasos. Este modelo permite identificar y evaluar la relación entre el abandono terapéutico y el conjunto de covariables explicativas de este (variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales y relativas a la terapia y al terapeuta).

Se evaluó la existencia de interacciones, realizando un análisis estratificado e introduciendo las variables independientes multiplicativas con pruebas de significación estadística, manteniéndose en el modelo los términos de interacción estadísticamente significativos. Al igual que con las variables tomadas de manera independiente, se presentarán los *odd ratios* ajustados junto a sus intervalos de confianza al 95%.

El paquete informático utilizado para llevar a cabo el conjunto del análisis estadístico ha sido el SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows en su versión 11.0.

3.2.5. Procedimiento

Partiendo de todos los datos almacenados en el Registro de Casos Psiquiátricos (R.C.P.) del Departamento de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se extrajeron mediante un programa informático todos aquellos pacientes de los distritos de Centro y Latina que habían comenzado su tratamiento en el año 1999 y lo habían abandonado en dicho año o en los dos años posteriores, es decir, en 1991, 2000 o 2001. De la muestra así obtenida se eliminaron los pacientes menores de edad.

Se extrajeron todos los datos relevantes para la investigación de entre toda la información que proporciona el registro y se depuraron para ir creando una base de datos.

Con el fin de asegurar la autenticidad y veracidad de los datos obtenidos a través del Registro de Casos Psiquiátricos, se cotejaron los datos informáticos del 75% de los pacientes que componen la muestra. Para ello se procedió a la revisión aleatoria de las tres cuartas partes de las historias clínicas archivadas en los Centros de Salud. En todos los casos se comprobó que la información contenida en ambas modalidades era idéntica.

Una vez realizada la comprobación se procedió a almacenar los datos en una base de datos construida en el programa informático estadístico SPSS para su posterior análisis estadístico.

3.3. RESULTADOS

3.3.1. Índices de abandono

Un dato que no puede faltar en un estudio como el llevado a cabo en esta investigación es el índice de abandono que presenta cada uno de los Centros de Salud estudiados, así como la tasa total de abandono por distrito (distrito Centro y distrito Latina) y la tasa de abandono total de la muestra estudiada. Al tratarse de un estudio *caso-control*, para hallar estos datos es necesario conocer la incidencia, es decir, los nuevos casos, de cada uno de los centros con el fin de extraer el porcentaje exacto de abandono en cada caso.

En la siguiente tabla se presentan los datos relativos a cada uno de los Centros de Salud analizados de forma individual.

CENTRO	INCIDENCIA	Nº DE ABANDONOS	% DE ABANDONO
Centro de Salud A	725	200	27,59%
Centro de Salud Mental B	791	240	30,34%
Centro de Salud C	214	106	49,53%
Centro de Salud Mental D	645	222	34,42%

Tabla 5. Índices de abandono en cada uno de los Centro de Salud Mental estudiados.

A continuación se exponen las tasas de abandono alcanzadas por cada uno de los distritos.

DISTRITO	INCIDENCIA	Nº DE ABANDONOS	% DE ABANDONO
Distrito Latina	1516	440	29,02%
Distrito Centro	859	328	38,18%

Tabla 6. Índices de abandono en cada uno de los distritos de la Comunidad de Madrid estudiados.

Por último, el índice global de abandono del área de salud nº 7 de la Comunidad de Madrid (excluyendo el distrito de Chamberí).

TOTAL	INCIDENCIA	Nº DE ABANDONOS	% DE ABANDONO
Latina + Centro	2365	768	33,7%

Tabla 7. Índice de abandono global de la muestra estudiada.

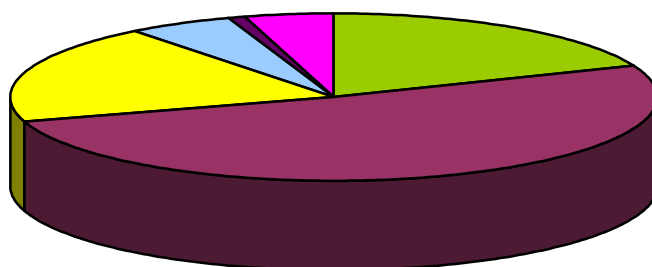
3.3.2. Variables sociodemográficas

Estadísticos descriptivos

A continuación se representan gráficamente las características sociodemográficas de cada uno de los grupos que forman el estudio (a excepción de las presentadas en el apartado 3.2.2.), así como las frecuencias y la moda de cada una de las variables estudiadas.

MUESTRA CONTROL

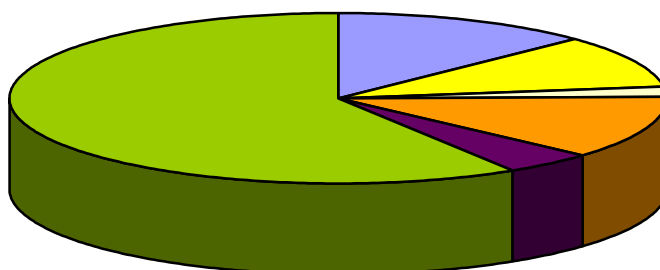
TIPO DE CONVIVENCIA



■ Solo	149
■ Con pareja y/o con hijos	406
■ Con el padre, con la madre o con ambos	151
■ Con otros familiares	41
	7
	35

Moda: Con pareja y/o con hijos

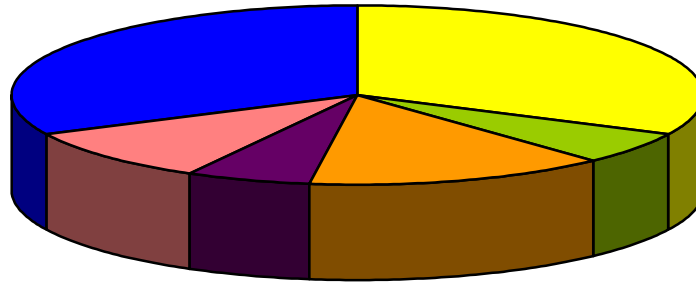
OCUPACIÓN



■ Profesionales, técnico, directivos y gerentes	101
■ Personal de servicios administrativos	79
■ Comerciantes y vendedores	15
■ Hostelería, servicios, seguridad, indus., construc. y trans.	95
■ Fuerzas armadas y ocupaciones no bien especificadas	35
■ Perdidos	464

Moda: profesionales, técnicos, directivos y gerentes (excluyendo los casos perdidos)

SITUACIÓN LABORAL



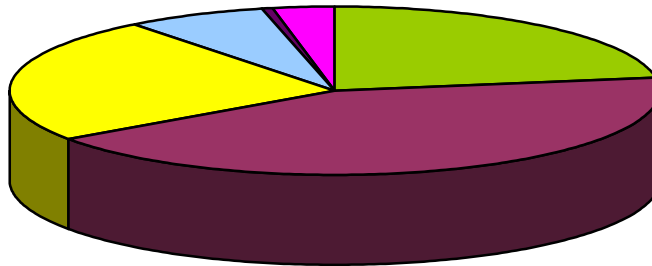
■ Cumpliendo el servicio militar	1
■ Trabajando	253
■ Parado	46
■ Retirado, jubilado, pensionista	113
■ Estudiando	44
■ Labores del hogar	78
■ Perdidos	254

Moda: Trabajando

Figura 6. Gráficas de las variables sociodemográficas del grupo control.

MUESTRA EXPERIMENTAL

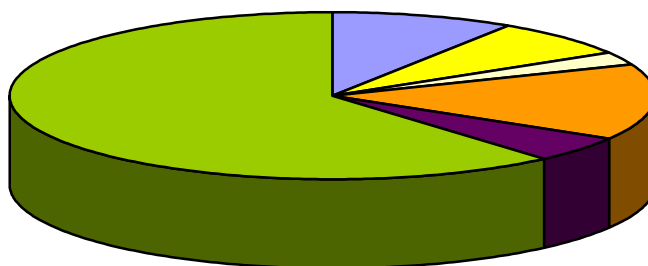
TIPO DE CONVIVENCIA



■ Solo	177
■ Con pareja y/o con hijos	337
■ Con el padre, con la madre o con ambos	192
■ Con otros familiares distintos ...	55
■ En institución	3
■ Perdidos	25

Moda: Con pareja y/o con hijos

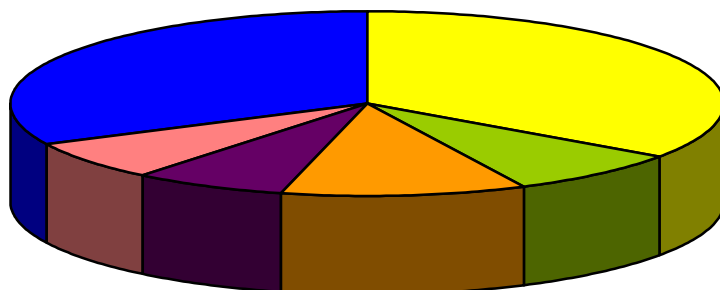
OCUPACIÓN



■ Profesionales, técnico, directivos y gerentes	72
■ Personal de servicios administrativos	57
■ Comerciantes y vendedores	21
■ Hostelería, servicios, seguridad, indus., construc. y trans.	116
■ Fuerzas armadas y ocupaciones no bien especificadas	38
■ Perdidos	485

Moda: Hostelería, servicios, seguridad, indus.,
construc. y trans. (excluyendo los casos
perdidos).

SITUACIÓN LABORAL



Cumpliendo el servicio militar	1
Trabajando	274
Parado	62
Retirado, jubilado, pensionista	88
Estudiando	54
Labores del hogar	55
Perdidos	255

Moda: Trabajando

Figura 7. Gráficas de las variables sociodemográficas del grupo experimental.

Diferencia entre las muestras

El análisis estadístico realizado con el fin de conocer si existen o no diferencias entre la muestra control y la muestra experimental (tablas de contingencia) ha dado como resultados los datos reflejados en las tablas presentadas a continuación. Las variables en las que alguna -o todas- de sus categorías ha resultado significativa aparecen sombreadas.

				INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
VARIABLE	CATEGORÍAS	ESTADÍSTICO DE FISHER (bilateral)	ODD RATIO	INFERIOR	SUPERIOR
Género	Varón	,276	1,125	,918	1,379
	Mujer				
Edad	Hasta 32 años	,028	1,337	1,004	1,780
	De 33 a 43 años				
	Hasta 32 años	,035	1,373	1,032	1,828
	De 44 a 60 años				
	Hasta 32 años	,001	1,631	1,222	2,177
	Más de 60 años				
Nivel educativo	BUP, FP2	,014	1,928	1,150	3,233
	Sin estudios				
	BUP, FP2	,747	1,066	,776	1,463
	Certificado de escolaridad, EGB, FP1				
	BUP, FP2	,174	1,292	,905	1,844
	Estudios universitarios				
Estado civil	Soltero, divorciado, separado o viudo	,016	1,291	1,052	1,586
	Casado				

Tipo de convivencia	Solo				
	Con pareja y/o hijos	,008	1,431	1,102	1,859
	Solo				
	Con el padre, con la madre o con ambos	,689	,934	,689	1,267
	Solo				
	Con otros familiares distintos de los padres o en adopción	,642	,886	,559	1,402
	Solo				
	En institución	,197	2,772	,704	10,907
Ocupación	Comerciantes y vendedores				
	Profesionales, técnicos, directivos y gerentes	,096	1,964	,948	4,068
	Comerciantes y vendedores				
	Personal de servicios administrativos	,092	1,940	,921	4,087
	Comerciantes y vendedores				
	Hostelería, servicios, seguridad, industria, construcción y transportes	,856	1,147	,560	2,346

	Comerciantes y vendedores				
	Fuerzas armadas y ocupaciones no bien especificadas	,548	1,289	,576	2,887
Situación laboral	Parado	,341	1,245	,819	1,890
	Trabajando				
	Parado	,024	1,731	1,079	2,776
	Retirado, jubilado, pensionista				
	Parado	,779	1,098	,633	1,906
	Estudiante				
	Parado	,014	1,911	1,143	3,197
	Labores del hogar				

Tabla 8. *Tablas de contingencia de las variables sociodemográficas (Estadístico exacto de Fischer y odd ratios).*

Como se puede observar, muchas de las variables han resultado ser estadísticamente diferentes en las muestras que componen el estudio. A continuación se interpretan los datos obtenidos para cada una de ellas de forma individual.

Diferencias en el género de los pacientes

En esta ocasión no se ha encontrado una diferencia significativa entre los hombres y las mujeres en cuanto al patrón de abandono o cumplimiento del tratamiento prescrito.

Aunque la diferencia encontrada no alcance la significación estadística, la tabla de contingencia muestra cierta tendencia hacia el cumplimiento por parte de la mujer y al abandono por parte del hombre. Así, el 51% las mujeres se adhieren adecuadamente a su tratamiento, abandonándolo el 49%, mientras que en el hombre la proporción se invierte, el 52% no cumplen el tratamiento prescrito, y el 48% sí lo hacen.

Diferencias en la edad de los pacientes

Los pacientes de menos de 32 años son los que presentan mayores tasas de abandono del tratamiento, y comparando dicha tasa con los niveles de abandono del resto de los grupos de edades la diferencia es significativa en todos los casos, alcanzando un buen nivel de significación en todos ellos. Así, se puede afirmar que las personas de edad inferior a los 32 años abandonan un 34% más que los pacientes de edades comprendidas entre los 33 y los 44 años ($p=,028$), un 37% más que las personas de entre 44 y 60 años ($p=,035$), y un 63% más que los mayores de 60 años ($p=,001$).

Diferencias en el nivel educativo de los pacientes

En lo que al nivel educativo se refiere, las personas con unos estudios medios, es decir, BUP o FP2 son los que abandonan con más frecuencia la terapia, siendo la diferencia encontrada entre éstos y los pacientes sin estudios la única significativa, de modo que se puede concluir que los pacientes con un nivel de estudios de BUP o FP2

abandonan su tratamiento un 93% más que los pacientes que carecen de estudios ($p=,014$). La diferencia con los pacientes con el certificado de escolaridad, EGB, FP1 o con estudios universitarios no ha resultado significativa, por lo que no se puede concluir cual de ellos se adhiere menos al tratamiento.

Diferencias en el estado civil de los pacientes

Para conocer la diferencia existente en el abandono terapéutico en función del estado civil se ha llevado a cabo una agrupación de las categorías convirtiendo la variable en dicotómica, quedando dos categorías: a) casado y b) soltero, divorciado, separado o viudo, por considerar que estos cuatro últimos estados civiles influyen de forma similar en la adherencia terapéutica.

Nuestros datos muestran que las personas casadas presentan un mejor cumplimiento del tratamiento en comparación con el resto de los citados estados civiles. De hecho, los pacientes solteros, divorciados, separados o viudos abandonan la terapia un 30% más que los casados ($p=,016$).

Diferencias en el tipo de convivencia

Estrechamente relacionada con la variable anterior aparece el tipo de convivencia del paciente. En este caso los pacientes menos cumplidores son aquellos que viven solos, sobre todo si se les compara con los que viven con su pareja y/o sus hijos, único caso en el que la diferencia ha alcanzado la significación estadística, con una $p=,008$. Así, los pacientes que viven solos abandonan el tratamiento un 43% más que las personas que viven con su pareja y/o con sus hijos.

El resto de las diferencia encontradas no han alcanzado el nivel de significación estadística, por lo que no se puede afirmar que existan diferencias en lo que se refiere al

abandono entre los pacientes que viven solos y aquellos que viven con sus padres, con otros familiares diferentes de los padres, en adopción o en una institución.

Diferencias en la ocupación de los pacientes

En cuanto a la ocupación de los pacientes, no se han encontrado diferencias significativas en ninguna de las categorías, de modo que no se puede afirmar que el hecho de dedicarse a un trabajo determinado influya de forma positiva o negativa al cumplimiento del tratamiento en salud mental.

Aunque en el estudio no se han encontrado diferencias significativas en función de la ocupación de los pacientes, existe mayor tendencia al abandono por parte de los comerciantes y vendedores, el personal de hostelería, servicios, industria, construcción y transporte, y profesionales de las fuerzas armadas en comparación con los profesionales, técnicos, directivos y gerentes y personal de servicios administrativos.

Diferencias en la situación laboral

Si bien las diferencias en la ocupación no han resultado significativas, con la situación laboral no ha ocurrido lo mismo. Los pacientes en paro son los que abandonan con mayor frecuencia la terapia en comparación con el resto de las situaciones laborales, resultando significativa la diferencia encontrada entre los pacientes parados y los retirados, jubilados o pensionistas, y entre los parados y las personas dedicadas a las labores del hogar. Por lo tanto, se puede sostener que las personas en paro abandonan el tratamiento un 73% más que los retirados, jubilados o pensionistas ($p=,024$) y un 91% más que los pacientes que realizan las labores del hogar ($p=,014$).

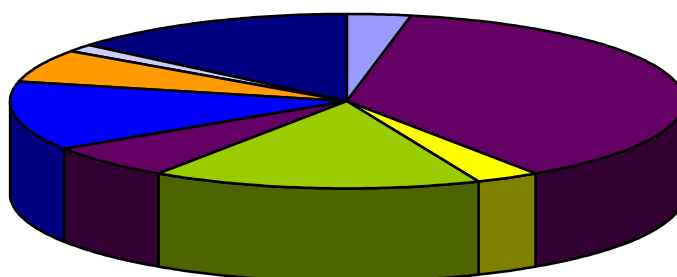
3.3.3. Variables clínicas

Estadísticos descriptivos

Los datos obtenidos a través del análisis de los estadísticos descriptivos para las variables clínicas estudiadas en la presente investigación se presentan bajo estas líneas en forma de gráficos por sectores, mostrando en todos los casos las frecuencias y la moda.

MUESTRA CONTROL

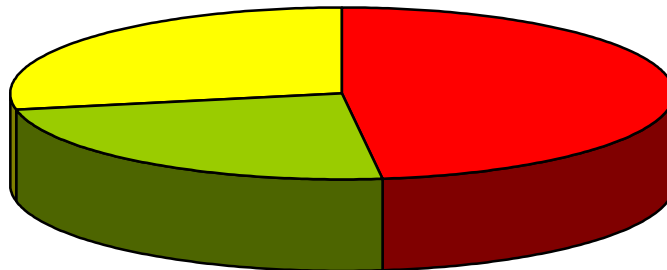
DIAGNÓSTICO



■ Trastornos psicóticos	24
■ Trastornos neuróticos	295
■ Abuso y/o dependencia de alcohol y drogas	23
■ Trastornos de adaptación	125
■ Esquizofrenia y trastornos delirantes	50
■ Trastornos afectivos	101
■ Trastornos de personalidad y alteración de la conducta	50
■ Trastornos de la alimentación	12
■ Perdidos	109

Moda: Trastornos neuróticos

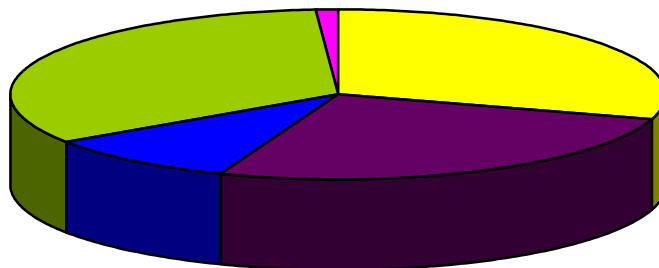
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS



■ Antecedentes hospitalarios o ambulatorios	380
■ Sin antecedentes	188
■ Perdidos	221

Moda: Antecedentes psiquiátricos hospitalarios o ambulatorios

CENTRO EN EL QUE HA SIDO ATENDIDO EL PACIENTE



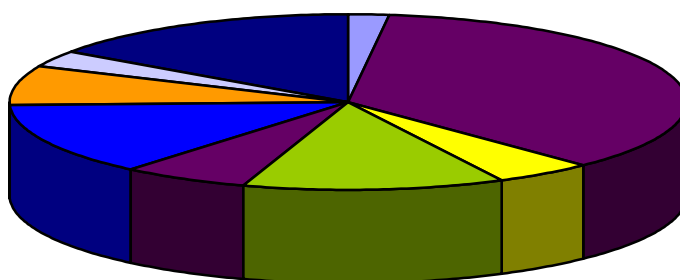
■ A	234
■ B	206
■ C	78
■ D	263
■ Perdidos	8

Moda: Centro de Salud Mental D

Figura 8. Gráficas de las variables clínicas del grupo experimental.

MUESTRA EXPERIMENTAL

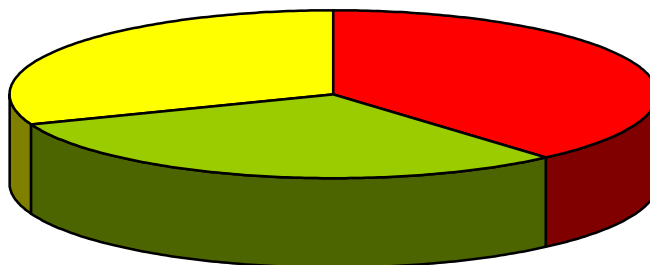
DIAGNÓSTICO



■ Trastornos psicóticos	16
■ Trastornos neuróticos	283
■ Abuso y/o dependencia de alcohol y drogas	37
■ Trastornos de adaptación	97
■ Esquizofrenia y trastornos delirantes	50
■ Trastornos afectivos	104
■ Trastornos de personalidad y alteración de la conducta	57
■ Trastornos de la alimentación	24
■ Perdidos	121

Moda: Trastornos neuróticos

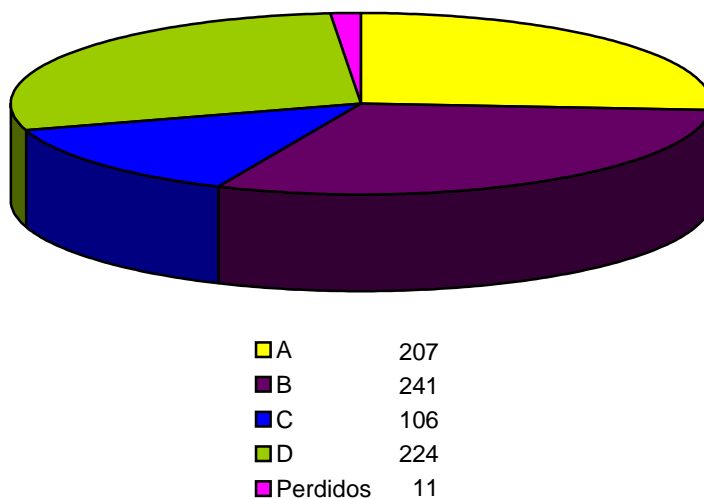
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS



■ Antecedentes hospitalarios o ambulatorios	305
■ Sin antecedentes	240
■ Perdidos	244

Moda: Antecedentes hospitalarios o ambulatorios

CENTRO EN EL QUE HA SIDO ATENDIDO EL
PACIENTE



Moda: Centro de Salud Mental B

Figura 9. Gráficas de las variables clínicas del grupo experimental.

Diferencia entre las muestras

Del mismo modo que en el apartado anterior, los resultados obtenidos para las variables clínicas a partir del análisis estadístico de tablas de contingencia se presentan resumidos en una tabla. De nuevo, las variables en las que alguna -o todas- de sus categorías han resultado significativas aparecen sombreadas.

				INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
VARIABLE	CATEGORÍAS	ESTADÍSTICO DE FISHER (bilateral)	ODD RATIO	INFERIOR	SUPERIOR
Diagnóstico	Trastornos de la alimentación	,024	3,000	1,174	7,667
	Trastornos psicóticos				
	Trastornos de la alimentación	,057	2,085	1,023	4,248
	Trastornos neuróticos				
	Trastornos de la alimentación	,667	1,243	,523	2,957
	Abuso y/p dependencia de alcohol y drogas				
	Trastornos de la alimentación	,012	2,577	1,227	5,413
	Trastornos adaptativos				
	Trastornos de la alimentación	,118	2,000	,902	4,434
	Esquizofrenia y trastornos delirantes				
	Trastornos de la alimentación	,103	1,942	,922	4,092
	Trastornos afectivos				
	Trastornos de la alimentación	,326	1,614	,729	3,572

Diagnóstico	Trastornos de la personalidad y alteración de la conducta				
	Trastornos de la personalidad y alteración de la conducta	,138	1,859	,885	3,905
	Trastornos psicóticos				
	Trastornos de la personalidad y alteración de la conducta	,241	1,292	,848	1,968
	Trastornos neuróticos				
	Trastornos de la personalidad y alteración de la conducta	,057	1,597	,998	2,556
	Trastornos adaptativos				
	Trastornos de la personalidad y alteración de la conducta	,484	1,239	,714	2,152
	Esquizofrenia y trastornos delirantes				
	Trastornos de la personalidad y alteración de la conducta	,470	1,203	,748	1,936
	Trastornos afectivos				
	Abuso y/o dependencia de alcohol y drogas	,042	2,413	1,064	5,474

Diagnóstico	Trastornos psicóticos				
	Abuso y/o dependencia de alcohol y drogas	,077	1,677	,972	2,893
	Trastornos neuróticos				
	Abuso y/o dependencia de alcohol y drogas	,019	2,073	1,156	3,718
	Trastornos adaptativos				
	Abuso y/o dependencia de alcohol y drogas	,190	1,609	,839	3,086
	Esquizofrenia y trastornos delirantes				
	Abuso y/o dependencia de alcohol y drogas	,144	1,562	,868	2,813
	Trastornos afectivos				
Antecedentes psiquiátricos	Sin antecedentes psiquiátricos				
	Antecedentes ambulatorios u hospitalarios	,000	1,591	1,247	2,028
Centro en el que ha sido atendido el paciente	Centro de Salud Mental C	,018	1,536	1,086	2,174
	Centro de Salud Mental A				
	Centro de Salud Mental C	,007	1,596	1,133	2,247
	Centro de Salud Mental D				

	Centro de Salud Mental C	,429	1,162	,821	1,643
	Centro de Salud Mental B				

Tabla 9. Tablas de contingencia de las variables clínicas y asistenciales (Estadístico exacto de Fischer y odd ratios).

Diagnóstico

Los pacientes que presentan trastornos de la alimentación, trastornos de personalidad y alteración de la conducta, o abuso y/o dependencia del alcohol y drogas, son los que presentan menores niveles de adherencia terapéutica. Además, no existen diferencias significativas entre los pacientes clasificados dentro de estos tres grupos diagnósticos. Por este motivo se han comparado ambas muestras en función de estos tres tipos de diagnósticos.

En el análisis de la variable que nos ocupa se ha encontrado que los grupos que componen cada una de las categorías son en algún caso reducidos, debido a la diferencia de prevalencia de los diferentes trastornos. Por esto motivo, las conclusiones a las que se ha llegado no pueden ser tomadas como afirmaciones concluyentes.

En cualquier caso, se observa que las personas con trastornos de la conducta alimentaria abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que los pacientes que presentan trastornos psicóticos o con trastornos adaptativos. Concretamente abandonan un 200% más que los pacientes psicóticos ($p=,024$) y un 157% más que los pacientes con trastornos adaptativos ($p=,012$). En la comparación con el resto de los diagnósticos

no se han encontrado diferencias significativas en lo que a tasa de abandono se refiere. Únicamente se encuentra rozando la significación estadística ($p=,057$) la comparación con los pacientes con trastornos neuróticos. Así, los pacientes con trastornos de la alimentación abandonan su tratamiento aproximadamente un 100% más que los pacientes con trastornos neuróticos.

Del mismo modo, aquellos pacientes con abuso y/o dependencia del alcohol, combinado o no con la dependencia a otras drogas, presentan un nivel menor de cumplimiento en comparación con los pacientes psicóticos y los pacientes con trastornos adaptativos. Así, los pacientes drogodependientes abandonan un 141% más el tratamiento en comparación con los pacientes psicóticos ($p=,042$) y un 107% más que los pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo ($p=,019$). Aunque no se encuentra dentro de la significación estadística, la diferencia encontrada entre los pacientes que abusan de sustancias y los pacientes con trastornos neuróticos es cercana a la significación ($,077$). Los pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y drogas abandonan un 68% más que los pacientes neuróticos.

Los pacientes diagnosticados de trastornos adaptativos, esquizofrenia y trastornos delirantes o trastornos afectivos no se diferencian de manera significativa de los pacientes dependientes de sustancias en lo que se refiere al grado de abandono terapéutico.

Por último, las personas que sufren trastornos de personalidad o alteración de la conducta no presentan diferencias significativas en comparación con el resto de los pacientes en cuanto a su patrón de adherencia. Sólo en el caso de los trastornos adaptativos las diferencias están cerca de alcanzar la significación estadística ($,057$), de modo que los pacientes con trastornos de la personalidad y alteración de la conducta

abandonan el tratamiento un 60% más en comparación con los pacientes con trastornos adaptativos.

Antecedentes psiquiátricos

Los antecedentes hospitalarios y ambulatorios constituyen un factor protector contra el abandono terapéutico, de modo que los pacientes que no han tenido un contacto previo con los Servicios de Salud Mental abandonan un 60% más que aquellas personas que presentan antecedentes psiquiátricos de alguno de los citados tipos. En este caso la diferencia es muy evidente, ya que el nivel de significación alcanzado es de ,000.

Centro de Salud en el que ha sido atendido el paciente

Como se puede observar en las tablas de contingencia obtenidas, no todos los centros del área de Madrid estudiada en la presente investigación presentan los mismos patrones de abandono. En el Centro de Salud Mental C encontramos el peor nivel de adherencia, resultando estadísticamente significativo si lo comparamos con el Centro de Salud Mental A y el Centro de Salud Mental D. De este modo, se puede afirmar que los pacientes que reciben su tratamiento en el Centro de Salud Mental C abandonan la terapia un 54% más que las personas tratadas en el Centro de Salud Mental A ($p=,018$), y un 60% más que aquellos que asisten al Centro de Salud Mental D ($p=,007$).

La diferencia en el perfil de cumplimiento entre el Centro de Salud Mental C y el Centro de Salud Mental B no ha sido estadísticamente significativa.

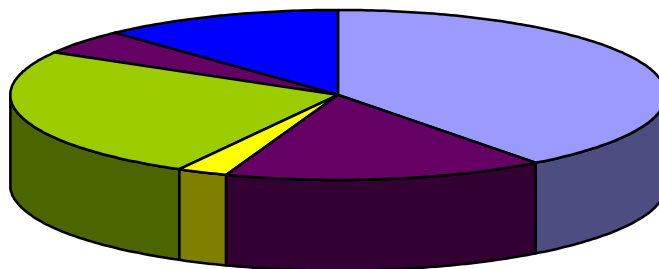
3.3.4. Variables relativas a la terapia y al terapeuta

Estadísticos descriptivos

Los resultados hallados con respecto a las variables relativas a la terapia recibida por el paciente y al terapeuta responsable de dicha terapia se exponen en los siguientes gráficos, en los cuales aparecen reflejadas las frecuencias y la moda de cada una de las variables.

MUESTRA CONTROL

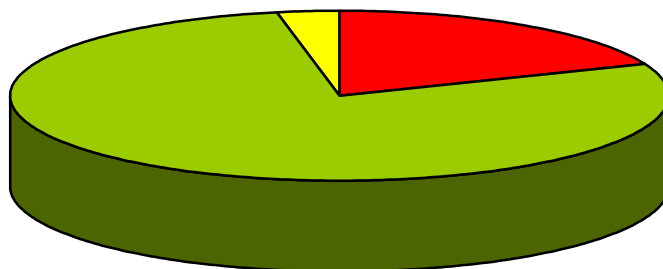
TRATAMIENTO



Tratamiento farmacológico	313
Terapia individual	126
Terapia de grupo y grupos de apoyo	19
Atención farmacológica + Terapia individual	199
Otras modalidades de atención	38
Perdidos	94

Moda: Tratamiento farmacológico

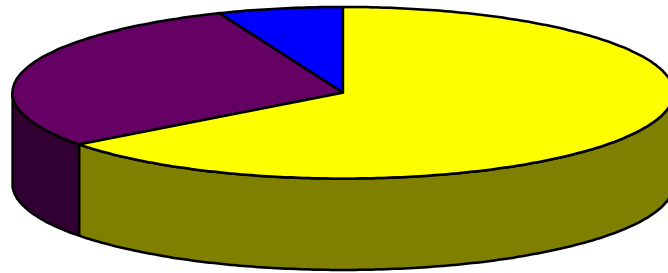
PROFESIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE



Psicólogo	Psiquiatra	Perdidos
148	617	24

Moda: Psiquiatra

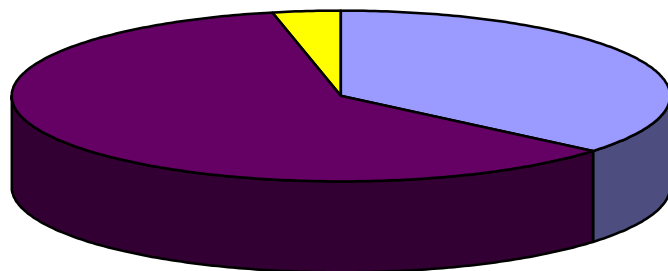
NÚMERO DE PSICÓLOGOS O PSIQUIATRAS QUE HAN ATENDIDO AL PACIENTE



Un solo profesional	511
Más de un profesional	230
Perdidos	48

Moda: Un solo profesional

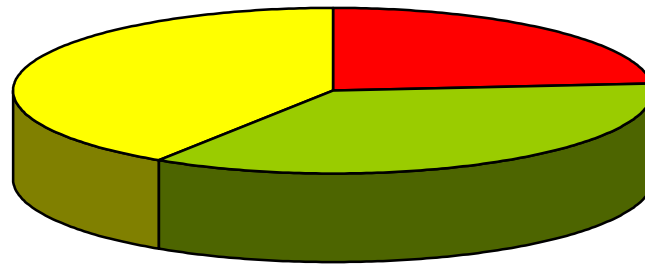
GÉNERO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE



Mujer	Varón	Perdidos
286	477	26

Moda: Varón

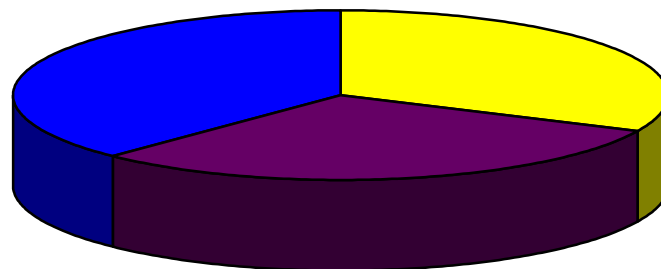
EDAD DEL PROFESIONAL RESPONSABLE



■ Hasta 46 años	187
■ Más de 46 años	279
■ Perdidos	323

Moda: Más de 46 años (excluyendo los casos perdidos)

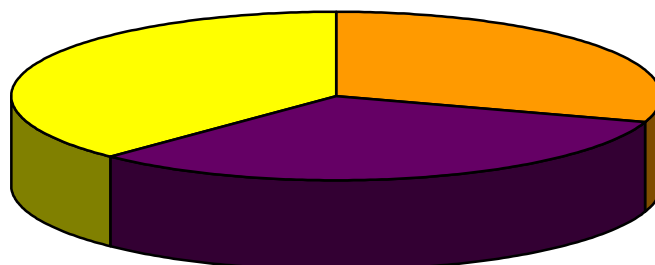
ANTIGÜEDAD DEL PROFESIONAL EN EL ACTUAL PUESTO DE TRABAJO



■ Menos de 10 años	251
■ 10 años o más	241
■ Perdidos	297

Moda: Menos de 10 años (excluyendo los casos perdidos)

AÑOS DE EXPERIENCIA DEL PROFESIONAL EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL PÚBLICOS



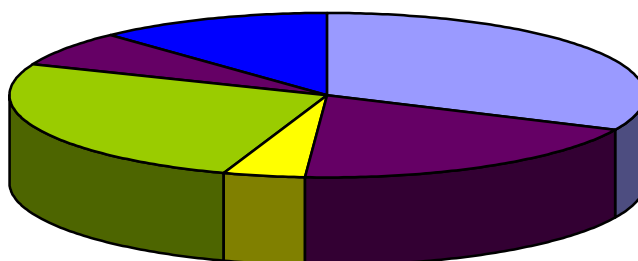
Menos de 16 años	237
16 años o más	255
Perdidos	297

Moda: 16 años o más (excluyendo los casos perdidos)

Figura 10. Gráficas de las variables terapéuticas y relativas al profesional del grupo control.

MUESTRA EXPERIMENTAL

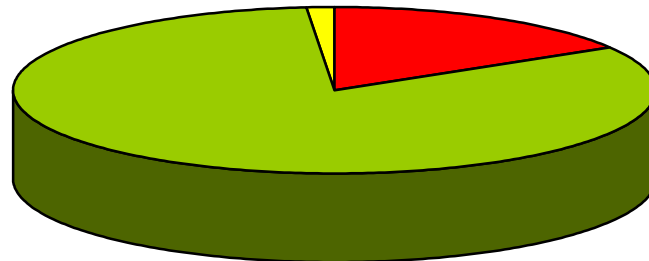
TRATAMIENTO



Tratamiento farmacológico	253
Terapia individual	151
Terapia de grupo y grupos de apoyo	33
Atención farmacológica + Terapia individual	202
Otras modalidades de atención	56
Perdidos	94

Moda: Tratamiento farmacológico

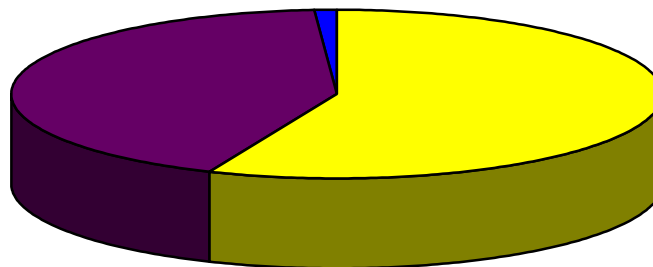
PROFESIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE



■ Psicólogo	■ Psiquiatra	■ Perdidos
129	648	12

Moda: Psiquiatra

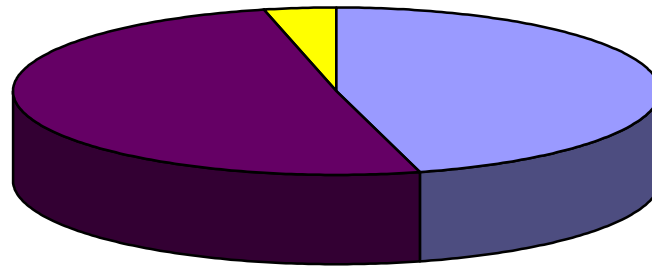
NÚMERO DE PSICÓLOGOS O PSIQUIATRAS QUE HAN ATENDIDO AL PACIENTE



■ Un solo profesional	444
■ Más de un profesional	336
■ Perdidos	9

Moda: Un solo profesional

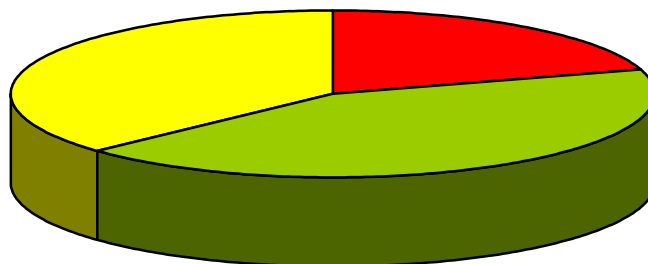
GÉNERO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE



Mujer	Varón	Perdidos
270	298	21

Moda: Varón

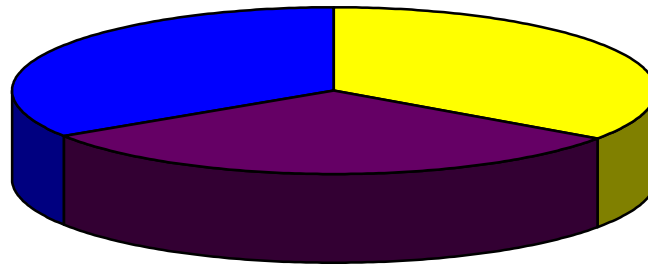
EDAD DEL PROFESIONAL RESPONSABLE



Hasta 46 años	159
Más de 46 años	339
Perdidos	291

Moda: Más de 46 años

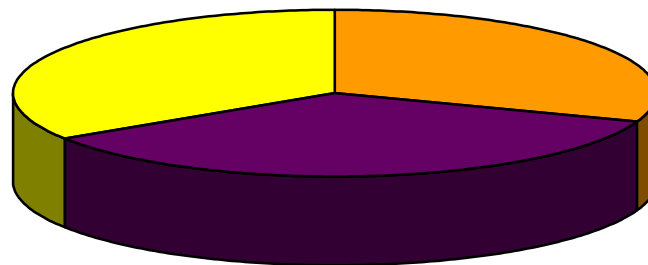
ANTIGÜEDAD DEL PROFESIONAL EN EL ACTUAL PUESTO DE TRABAJO



Menos de 10 años	275
10 años o más	245
Perdidos	269

Moda: Menos de 10 años

AÑOS DE EXPERIENCIA DEL PROFESIONAL EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL PÚBLICOS



Menos de 16 años	241
16 años o más	279
Perdidos	269

Moda: 16 años o más

Figura 11. Gráficas de las variables terapéuticas y relativas al profesional del grupo experimental.

Diferencia entre las muestras

				INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
VARIABLE	CATEGORÍAS	ESTADÍSTIC O DE FISHER (bilateral)	ODD RATIO	INFERIO R	SUPERIO R
Tratamiento	Terapia individual	,008	1,483	1,111	1,979
	Tratamiento farmacológico				
	Terapia individual	,287	,690	,374	1,272
	Terapia de grupo y grupos de apoyo				
	Terapia individual	,310	1,181	,869	1,605
	Tratamiento farmacológico + terapia individual				
	Terapia individual	,403	,813	,506	1,308
	Otras modalidades de tratamiento				
Profesión del profesional responsable	Psiquiatra	,164	1,205	,929	1,564
	Psicólogo				
Nº de facultativos que han atendido al paciente	Más de un facultativo	,000	1,681	1,362	2,075
	Un facultativo				
Género del profesional responsable	Varón	,366	1,106	,898	1,362
	Mujer				

Edad del profesional responsable	Más de 46 años	,009	1,429	1,097	1,861
	Hasta 46 años				
Antigüedad en el puesto actual	Menos de 10 años	,571	1,078	,842	1,379
	10 años o más				
Años de experiencia del profesional	16 años o más	,571	1,076	,841	1,377
	Menos de 16 años				

Tabla 10. *Tablas de contingencia de las variables terapéuticas y relativas al profesional (Estadístico exacto de Fischer y odd ratios).*

Tratamiento recibido

El tipo de tratamiento recibido juega un papel muy relevante en el cumplimiento terapéutico, siendo el tratamiento farmacológico el que mayores índices de adherencia presenta, y la terapia individual la que abandonan con mayor frecuencia los pacientes. Los pacientes que reciben únicamente terapia individual abandonan dicha terapia un 48% más que las personas tratadas farmacológicamente ($p=,008$), siendo esta comparación la única con significación estadística.

En comparación con el resto de los tratamientos (grupos de apoyo, terapia de grupo, combinación de tratamiento farmacológico y terapia individual) la terapia individual no se ha mostrado significativamente menos eficaz que el resto en cuanto a adherencia se refiere.

Profesión del profesional responsable

A partir de los datos obtenidos en las tablas de contingencia se observa una mayor tendencia al abandono en los pacientes cuyo profesional responsable es un

psiquiatra (51,2%) en comparación con los pacientes cuyo terapeuta es un psicólogo (46,6%), aunque la diferencia encontrada no es estadísticamente significativa.

De cualquier modo, los resultados aquí obtenidos no son totalmente fiables, ya que, en algunos casos, aunque el paciente esté recibiendo únicamente atención psicológica, aparece como profesional responsable un psiquiatra del mismo centro en el que está recibiendo dicha psicoterapia.

Número de facultativos que han atendido al paciente

El número de facultativos ha resultado ser una de las variables más influyentes en el cumplimiento terapéutico, de modo que aquellas personas que siempre que acuden al centro son atendidas por el mismo psicólogo o psiquiatra presentan un perfil de cumplimiento significativamente mejor que los pacientes que son vistos por dos o más facultativos a lo largo de su tratamiento. De hecho, los pacientes que no ven siempre al mismo profesional abandonan un 68% más que los que son atendidos en todas las ocasiones por el mismo profesional ($p=,000$).

Género del profesional responsable

El hecho de que el profesional responsable del tratamiento sea hombre o mujer no parece tener ninguna relevancia en el buen cumplimiento de la terapia, ya que los resultados obtenidos están muy lejos de conseguir significación estadística.

Con el fin de comprobar si realmente el género del profesional no influye en la adherencia al tratamiento en ningún caso, se realizó un análisis de tablas de contingencia estratificada, en la cual se cruzó el género del profesional con el género del paciente, y estos fueron los resultados:

Género del paciente	Género del profesional responsable		Abandono terapéutico	Cumplimiento terapéutico	Total	
Varón	Varón	Recuento	209	167	376	
		% de Abandono terapéutico	68,3%	60,3%	64,5%	
	Mujer	Recuento	97	110	207	
		% de Abandono terapéutico	31,7%	39,7%	35,5%	
	Total	Recuento	306	277	583	
		% de Género del profesional responsable	52,5%	47,5%	100,0%	
		% de Abandono terapéutico	100,0%	100,0%	100,0%	
	Mujer	Varón	Recuento	289	307	596
			% de Género del profesional responsable	48,5%	51,5%	100,0%
Mujer		Recuento	172	175	347	
		% de Género del profesional responsable	49,6%	50,4%	100,0%	
Total		Recuento	461	482	943	
		% de Género del profesional responsable	48,9%	51,1%	100,0%	
		% de Abandono terapéutico	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 11. *Tablas de contingencia estratificadas con el cruce de género del profesional y género del paciente.*

El estadístico exacto de Fisher en el caso de que los pacientes sean varones ha resultado significativo ($p=,047$), y el valor del riesgo es de 1,419, por lo que se puede afirmar los pacientes varones tratados por profesionales varones abandonan el tratamiento un 42% más que los varones cuyo profesional responsable es una mujer. En el caso de que el paciente sea una mujer, el ser atendido por un facultativo de su mismo sexo o del contrario no influye en la adherencia al tratamiento que muestra dicho paciente.

Edad del profesional responsable

La edad del profesional, al contrario que el género, sí parece influir en la adherencia terapéutica, y además de un modo cuanto menos curioso. Los pacientes que son tratados por profesionales de 46 años o más abandonan un 43% más ($p=,009$) que aquellos que reciben tratamiento por parte de un profesional menor de 46 años. Este hecho puede explicarse por la posible mayor motivación por parte de los profesionales que presumiblemente llevan menos tiempo trabajando. Las posibles explicaciones de este fenómeno serán abordadas en apartados posteriores de este estudio.

Antigüedad del profesional responsable en el actual puesto de trabajo y experiencia del profesional responsable en Centros de Salud Mental públicos

Ninguna de las variables abordadas en este apartado han resultado determinantes en el abandono o cumplimiento del tratamiento prescrito. Así, ni la antigüedad del facultativo en el puesto de trabajo en el cual desempeña su labor profesional en la actualidad, ni los años de experiencia de éste en Centros de Salud Mental públicos, ya sea dentro o fuera de la Comunidad de Madrid, influyen en la adherencia o abandono de la terapia recibida.

3.3.6. Perfil de abandono a partir de variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas y relativas al profesional responsable

Las variables que resultaron ser significativas en el análisis anterior formaron parte de la ecuación de regresión, cuyos resultados se presentan en las tablas que se encuentran a continuación. Para obtener la ecuación de regresión óptima se fueron eliminando, en pasos sucesivos, las variables que no resultaban significativas en el análisis de regresión logística.

Todas las variables incluidas en las tablas siguientes ejercen su influencia sobre el abandono terapéutico de manera independiente, con excepción del género del paciente y el tipo de convivencia de éste, los cuales son factores que interrelacionan entre sí.

Variables en la ecuación	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95.0% para OR	
							Inferior	Superior
EDAD	,369	,149	6,123	1	,013	1,446	1,080	1,938
GÉNERO (mujer)	,357	,148	5,783	1	,016	1,429	1,068	1,911
TIPO DE CONVIVENCIA	,598	,228	6,874	1	,009	1,818	1,163	2,843
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	,408	,134	9,247	1	,002	1,504	1,156	1,957
CENTRO EN EL QUE HA SIDO ATENDIDO	,536	,247	4,706	1	,030	1,710	1,053	2,776
Nº DE PSICÓLOGOS O PSIQUIATRAS QUE HAN INTERVENIDO	,715	,135	27,988	1	,000	2,045	1,569	2,666
GÉNERO by TIPO DE CONVIVENCIA	-,631	,341	3,418	1	,065	,532	,272	1,039

Tabla 12. Variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas y relativas al profesional incluidas en la ecuación de regresión logística (para género = mujer).

Variables en la ecuación	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95.0% para OR	
							Inferior	Superior
EDAD	,369	,149	6,123	1	,013	1,446	1,080	1,938
GÉNERO (hombre)	-,357	,148	5,783	1	,016	,700	,523	,936
TIPO DE CONVIVENCIA	-,033	,260	,016	1	,898	,967	,581	1,610
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	,408	,134	9,247	1	,002	1,504	1,156	1,957
CENTRO EN EL QUE HA SIDO ATENDIDO	,536	,247	4,706	1	,030	1,710	1,053	2,776
Nº DE PSICÓLOGOS O PSQUIATRAS QUE HAN INTERVENIDO	,715	,135	27,988	1	,000	2,045	1,569	2,666
GÉNERO by TIPO DE CONVIVENCIA	,631	,341	3,418	1	0,65	1,880	,963	3,671

Tabla 13. Variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas y relativas al profesional incluidas en la ecuación de regresión logística (para género = hombre).

La ecuación de regresión quedaría definida a partir de estas variables alcanzando una sensibilidad para clasificar correctamente a los pacientes en cuanto a su adherencia o no adherencia al tratamiento del 61,0%, clasificando correctamente el 52,4% de los pacientes cumplen adecuadamente con su tratamiento y el 69,1% de aquellos que abandonan el mismo (ver tabla 14).

		PRONOSTICADO		
		Cumplimiento	Abandono	% Correcto
OBSERVADO	Cumplimiento	261	237	52,4
	Abandono	163	365	69,1
	Porcentaje global			61,0

Tabla 14. Capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido a partir de variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales y relativas a la terapia y al terapeuta.

A partir de estos datos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

Edad

Las personas cuya edad se encuentra entre los 18 y los 32 años presentan una mayor tasa de abandono del tratamiento en comparación con los pacientes mayores de 32 años. De hecho, los menores de 32 años abandonan su terapia un 44,6% más que las personas que sobrepasan dicha edad.

Por lo tanto, la juventud del paciente, considerada como el intervalo que abarca desde los 18 hasta los 32 años, constituye un factor de riesgo para el abandono terapéutico.

Género y tipo de convivencia

En cuanto al género del paciente y su interacción con el tipo de convivencia se debe hacer una distinción importante.

Atendiendo a la comparación a partir del género, aquellas mujeres que viven solas se adhieren peor a su tratamiento en comparación con aquellas que viven con su pareja y/o con sus hijos, con sus padres o con otros familiares diferentes de los padres. Exactamente, las mujeres que viven solas abandonan el tratamiento un 81,8% más que aquellas que viven con alguien. Por el contrario los hombres que viven solos no se diferencian del resto de los varones con otro tipo de convivencia.

Por otro lado, realizando la comparación en función del tipo de convivencia, entre todas las personas que viven solas (hombres y mujeres), los varones presentan un peor patrón de cumplimiento, abandonando la terapia un 42,9% más que las mujeres en esta misma situación de convivencia.

Para resumir la interacción entre género y tipo de convivencia podemos afirmar que: a) las mujeres que viven solas abandonan el tratamiento con mayor frecuencia que las mujeres que viven en compañía de alguien; b) entre las personas que viven solas, los hombres abandonan con más frecuencia la terapia que las mujeres; y c) no existen diferencias significativas en cuanto al patrón de adherencia entre los hombres que viven solos y los que viven con su pareja y/o sus hijos, con sus padres o con otros familiares.

Antecedentes psiquiátricos

La presencia de antecedentes psiquiátricos también ejerce una gran influencia en el patrón de adherencia del paciente. Son aquellos pacientes que han tenido antecedentes psiquiátricos, hayan sido estos de carácter ambulatorio u hospitalario, los que mejor cumplen con su terapia. Es decir, los pacientes sin antecedentes psiquiátricos abandonan su tratamiento en mayor medida, exactamente un 50,4% más que las personas con antecedentes.

Centro en el que ha sido atendido

El hecho de ser tratado en un centro determinado parece influir de manera importante en la adherencia del paciente. A partir de los datos se puede concluir que los pacientes que han acudido a tratamiento al Centro de Salud Mental C son los que presentan un mayor abandono. Concretamente estos pacientes abandonan un 71% más que aquellos que han sido atendidos en los Centros de Salud Mental B y el Centro de Salud Mental D, o en el Centro de Salud Mental A.

El motivo por el cual abandonan más los pacientes que acuden a este servicio no se puede determinar, ya que no se conocen de manera exhaustiva las características que diferencian a cada uno de los centros, conociéndose únicamente su localización y si son centros específicos de salud mental o comparten otras especialidades.

Número de psicólogos o psiquiatras que han atendido al paciente

Por último, el que el paciente sea visto en diferentes momentos de su terapia por psicólogos o psiquiatras diferentes al profesional responsable de su tratamiento, ejerce una influencia negativa en la adherencia.

Las personas que son tratadas siempre por el mismo profesional a lo largo de todo su tratamiento presentan un mejor patrón de cumplimiento, siendo la tasa de abandono de los pacientes tratados por más de un facultativo aproximadamente un 100% más elevada, es decir, abandonan el doble que los atendidos por un único psicólogo o psiquiatra.

Aunque la probabilidad total de abandono no sea la suma de las probabilidades de abandono de cada una de las variables reflejadas anteriormente, se puede concluir que el paciente que presente todas las características que influyen de manera negativa en la adherencia terapéutica, tendrá una probabilidad altísima de abandonar el tratamiento, aunque no se pueda determinar la probabilidad exacta.

Por lo tanto, aquella persona con mayor probabilidad de abandonar su tratamiento es aquella que presente el siguiente perfil:

EDAD		Edad comprendida entre los 18 y los 32 años
GÉNERO	GÉNERO * TIPO DE	Las mujeres que vive solas abandonan el tratamiento con más frecuencia que las mujeres que viven en compañía de alguien
TIPO DE CONVIVENCIA	CONVIVENCIA	Entre todos los que viven solos, el hombre abandona el tratamiento con mayor frecuencia que la mujer

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS		Sin antecedentes psiquiátricos
CENTRO EN EL QUE HA SIDO ATENDIDO		Atendidos en el Centro de Salud Mental C
Nº DE PSICÓLOGOS O PSIQUIATRAS QUE HAN INTERVENIDO		Ser atendido por otros psicólogos o psiquiatras distintos del profesional responsable del tratamiento

Tabla 15. Perfil de la persona cuya probabilidad de abandono es mayor.

3.4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la investigación corroboran algunas de las afirmaciones más estables realizadas con anterioridad por diferentes investigadores, pero en algún caso nos llevan a conclusiones que se encuentran en la dirección contraria.

Con el propósito de presentar los resultados finales a los que se ha llegado de forma clara y concisa, abordaremos de manera independiente cada una de las hipótesis propuestas, contrastando nuestras conclusiones con las alcanzadas en otros estudios realizados acerca del mismo aspecto del abandono terapéutico.

Por último se comentará el perfil hallado, a través del modelo de regresión logística, del paciente con mayor probabilidad de abandono.

Hipótesis sobre el porcentaje de abandono terapéutico

Los Servicios de Salud Mental de los distritos de Centro y Latina de la Comunidad de Madrid, los cuales ofrecen tratamiento ambulatorio a pacientes con trastornos mentales, presentan un porcentaje de abandono de entre el 20% y el 60%.

El índice de abandono alcanzado en el estudio es diferente en cada uno de los centros de salud analizados, siendo el más alto el encontrado en el Centro de Salud Mental C (49,53%), seguido del Centro de Salud Mental D (34,42%), el Centro de Salud Mental B (30,34%) y, por último, el Centro de Salud Mental A (27,59%).

Todos estos índices entran dentro de las tasas normales de abandono, que oscilan entre el 20% y el 60% según diferentes revisiones bibliográficas realizadas acerca del tema (e.g. Baekeland y Lundwell, 1975; Bueno Heredia et al., 2001).

Considerando las tasas de abandono por distritos, en lugar de por centros, observamos que es el distrito Centro el que presenta un mayor número de abandonos, concretamente un 38,18% frente al 29,02% del distrito Latina.

El porcentaje total de abandonos en la muestra estudiada es del 33,70%, cifra que se sitúa prácticamente en la media de las tasas de abandono halladas en las investigaciones realizadas al respecto.

En la literatura revisada acerca del abandono terapéutico encontramos tres problemas fundamentales a la hora de explicar y comparar la tasa de abandonos.

En primer lugar, se han realizado un número muy reducido de investigaciones en Servicios de Salud Mental públicos, por lo que la comparación y discusión de los resultados resulta irrelevante, ya que los motivos y la frecuencia del abandono

terapéutico en la práctica clínica privada son muy diferentes a los encontrados en la práctica pública.

En segundo lugar, habitualmente las investigaciones se llevan a cabo con una muestra que incluye pacientes de una determinada patología, y no con la población general que acude a tratamiento, lo que, de nuevo, imposibilita la comparación. Debido a esta gran variabilidad las tasas de abandono son muy dispares, ya que las diferentes alteraciones mentales influyen de manera distinta en el grado de adherencia del paciente.

Por último, el tipo de tratamiento determina en gran medida la tasa de abandono de la terapia por parte del paciente. Por lo tanto, no es posible equiparar el porcentaje de abandonos hallado en estudios centrados en pacientes tratados con diferentes tipos de psicoterapia y el porcentaje alcanzado en estudios realizados con una muestra de pacientes tratados farmacológicamente.

Con el fin de solucionar estos problemas se debería especificar y detallar con claridad y precisión la muestra empleada en cada estudio, así como el tipo de tratamiento que están recibiendo los pacientes y las características generales de la práctica clínica evaluada. Conociendo los datos precisos de todas y cada una de las investigaciones sería posible la comparación y contrastación de los resultados obtenidos en ellas, lo que conduciría a un mejor conocimiento de las tasas reales de abandono en cada uno de los casos.

Hipótesis sobre variables sociodemográficas

1.- Los pacientes varones tratados de forma ambulatoria abandonan con mayor frecuencia que las mujeres tratadas en estos mismos dispositivos.

Los resultados obtenidos a partir del análisis de datos no apoyan esta hipótesis, ya que no se han encontrado diferencias significativas en el grado de adherencia al tratamiento en función del género del paciente.

Sí es cierto que encontramos cierta tendencia al cumplimiento por parte de las mujeres que acuden a tratamiento, y lo contrario ocurre con los varones, que se inclinan hacia el abandono.

En lo que se refiere a la influencia del género en la adherencia terapéutica existen investigaciones en la literatura que han encontrado esta misma tendencia o una diferencia significativa a favor del cumplimiento en las mujeres (Blouin et al., 1985; Danion et al., 1987; Goodwin y Jamison, 1990; Passos y Camacho, 2000), pero la gran mayoría de los estudios no han hallado ningún efecto significativo del género en el abandono terapéutico (Atwood y Beck, 1985; Berrigan y Gardfield, 1981; Buchanan, 1992; García Cabeza et al., 1999; Hershorn, 1993; Keck et al., 1996; Krulee y Hales, 1988; Matas, Stanley y Griffin, 1992; Roberts, 1985). Es este último hallazgo el que apoyan nuestros datos, ya que nuestros resultados no muestran una influencia clara del género en el cumplimiento o abandono del tratamiento por parte del paciente.

Esta discrepancia entre los estudios puede deberse a que los autores que han encontrado diferencias significativas en cuanto al género han llevado a cabo estudios en urgencias o atendiendo a un único grupo de patología (trastornos afectivos), mientras que los estudios que no consiguen datos a favor de uno de los géneros se han centrado

principalmente en estudios generales en los que se abarcan todo tipo de trastornos mentales o en la esquizofrenia en concreto.

Es posible que dentro de los trastornos afectivos las personas que mejor cumplan el tratamiento sean las mujeres, pero puede que esto no sea así en el resto de los trastornos, lo que compondría una explicación plausible de las diferencias de resultados hallados en los distintos estudios.

2.- Los pacientes jóvenes (entre 18 y 32 años de edad) tratados de forma ambulatoria abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que aquellos que adultos que sobrepasan los 32 años.

Son los pacientes más jóvenes los que abandonan con mayor frecuencia el tratamiento prescrito. Concretamente las personas entre 18 y 32 años que acuden a los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid son los que peores tasas de adherencia presentan, lo que confirma la hipótesis propuesta acerca de la influencia de la edad en el abandono terapéutico.

Este hallazgo está en concordancia con la mayor parte de los estudios que abordan el tema de la edad con respecto al cumplimiento del tratamiento (Benderm 1986; Bueno Heredia et al., 2001; Carpenter et al., 1981; Danion et al., 1987; Edlund et al., 2002; Frank et al., 1985; Freire Arteta, 1990; Foulks et al., 1986; Graveley y Oseasohn, 1991; Green, 1988; Heiler et al., 1982; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Sparr et al., 1993; Evans y Spelma, 1983).

Además, nuestros resultados muestran que son los pacientes que sobrepasan los 60 años de edad los que cumplen más adecuadamente con el tratamiento prescrito, abandonándolo un 63% menos que los jóvenes menores de 33 años. Este hecho

concuera con el encontrado por Hillis, Eagles y Eagles (1993) y Kemp y David (1996), autores que afirman que son los adultos de edad avanzada y los ancianos los que abandonan el tratamiento con menor frecuencia.

El hecho de que las personas más jóvenes sean las que presentan tasas más bajas de adherencia puede deberse a que estos centren su atención en otras cosas diferentes del problema mental, tales como el encontrar un empleo, establecer una pareja o crear una familia, aspectos que la mayor parte de los adultos que sobrepasan cierta edad ya tienen cubiertos, o al menos parcialmente cubiertos.

Además, nuestros datos demuestran que según va avanzando la edad el cumplimiento se va incrementando de modo que los pacientes que sobrepasan los 60 años cumplen mejor el tratamiento que aquellos que se encuentran entre los 44 y los 60 años, y estos últimos, a su vez, se adhieren mejor que los pacientes de edades comprendidas entre los 33 y los 43 años.

Esto puede ser debido a que cuanto más edad se tiene, es más probable que las necesidades o preocupaciones básicas de la vida -como las citadas anteriormente- estén cubiertas, por lo que se presta más atención y se dedica más esfuerzo a actividades y responsabilidades distintas de éstas, lo que llevaría a cumplir mejor con cualquier tratamiento que se estuviera recibiendo.

3.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que son solteros, separados, divorciados o viudos abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que los casados.

Los resultados obtenidos en la investigación ponen claramente de manifiesto que son los pacientes casados los que mejor cumplen con el tratamiento. Más

concretamente, las personas cuyo estado civil no es el matrimonio, es decir, son solteros, separados, divorciados o viudos, abandonan un 30% más que los pacientes casados.

Estos datos apoyan la hipótesis formulada, y se encuentran en la misma línea que la inmensa mayoría de los estudios anteriores (Aagaard, Vestergaard y Maarbjerg, 1988; Blackwell, 1976; Bueno Heredia et al., 2001; Connelly, Davenport y Nurnberg, 1983; Cross y Warren, 1984; Frank et al., 1985; Freire Arteta, 1990; Graveley y Oseasohn, 1991; Haring y otros, 1981; Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Krulee y Hales, 1988; Matas et al., 1992; Sparr, Moffit y Ward, 1993), los cuales apoyan la mejor adherencia al tratamiento por parte de las personas casadas, y por lo tanto el peor cumplimiento de los pacientes solteros, separados, divorciados y viudos (Hillis, Eagles y Eagles, 1993; Lynch, 1986; Matas et al., 1992; Moras y Stupp, 1982; Sweet y Nones, 1989).

Cross y Warren (1984) afirman que el hecho de que las personas casadas cumplan mejor con el tratamiento se extiende a relaciones comparables al matrimonio - parejas de hecho, novios en convivencia-, lo que nos lleva a pensar que no es el hecho de estar casado, sino el compartir la vida y las responsabilidades con alguien lo que hace que la adherencia sea mejor. Esto puede deberse a que el apoyo y la supervisión proporcionados por una persona cercana ayudan al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, y animan al paciente a continuar con el tratamiento.

La influencia del estado civil de los pacientes parece clara, ya que no se ha encontrado ningún estudio en la literatura científica que apoye la idea contraria a la aquí propuesta y confirmada, es decir, no hay ninguna investigación que mantenga que los solteros son los pacientes que mayores niveles de cumplimiento presentan.

4.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que viven solos abandonan con mayor frecuencia en comparación con aquellos que no viven solos.

Estrechamente ligado al estado civil de los pacientes encontramos el tipo de convivencia. En nuestra investigación los pacientes menos cumplidores son aquellos que viven solos en comparación con los que viven con uno o varios de sus familiares, siendo la diferencia encontrada estadísticamente significativa.

Esto confirma la hipótesis propuesta, y está en concordancia con los datos arrojados por la investigación desarrollada por Col, Fanale y Kornhom (1990) en pacientes ancianos, y Oiesvold y sus colaboradores (2000) en un estudio realizado con pacientes psiquiátricos hospitalizados. Ambos mantienen que las personas que viven solas son las que peor patrón de adherencia tienen.

La diferencia en la adherencia es más patente cuando la comparación se realiza entre los pacientes que viven solos y aquellos que viven con su pareja y/o sus hijos. Este hecho concuerda con la explicación propuesta para la influencia del estado civil, ya que son las parejas y los hijos los que mayor influencia ejercen sobre los enfermos, sobre todo si comparten el hogar.

5.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria no poseen estudios abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que aquellos si que los tienen, sea cual sea el nivel educativo alcanzado.

Los resultados alcanzados a través del análisis de los datos no confirman la hipótesis propuesta acerca de la influencia del nivel educativo de los pacientes. Así, proponíamos que son los pacientes sin estudios los que abandonan con mayor facilidad el tratamiento, pero esta hipótesis no la avalan los datos, sino que se ha llegado a la

conclusión de que son las personas con estudios medios las que peor se adhieren a la terapia. Además, la diferencia entre estos pacientes y el resto no ha resultado significativa nada más que en caso de compararlos con los pacientes sin estudios.

En otras palabras, las personas con estudios de BUP o FP2 son los que abandonan con mayor frecuencia el tratamiento, y los que cumplen con el mismo con mayor regularidad son los pacientes sin estudios.

Estos datos contradicen los alcanzados por otros investigadores en estudios anteriores, los cuales muestran que son los pacientes con el nivel educativo más bajo los que presentan mayores problemas de adherencia (Bischoff y Sprenkle, 1993; Chan, 1984; Fisher, Winne y Ley, 1993; Freire Arteta, 1990; Keck et al., 1996; Smith et al., 1999).

Existe una posible explicación para esta discrepancia. En la mayor parte de los estudios no se ha tenido en cuenta a los pacientes sin ningún tipo de estudios, por lo que el nivel educativo más bajo suele ser los estudios primarios (certificado de escolaridad o EGB). En la presente investigación si se ha tenido en cuenta a un grupo de pacientes que no poseían ningún estudio, y es con estos con los que la diferencia en la adherencia ha resultado significativa en comparación con los pacientes con estudios medios.

Sin embargo, nuestro análisis estadístico no muestra diferencias entre los pacientes con estudios medios (BUP y FP2) y los pacientes con estudios primarios o superiores, que suponemos que son las comparaciones realizadas en las investigaciones anteriormente citadas.

6.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria cuya profesión se enmarca dentro de la clasificación de “profesionales, técnicos, directivos o gerentes” (estatus profesional alto) son los que menos abandonan su tratamiento en comparación con el resto de las profesiones.

En este estudio no se han encontrado diferencias significativas en función de la ocupación de los pacientes, de modo que no se puede confirmar la hipótesis propuesta, ya que los profesionales, técnicos, directivos o gerentes no presentan una adherencia significativamente mayor que el resto de las profesiones, aunque si existe mayor tendencia al abandono por parte de los comerciantes y vendedores, el personal de hostelería, servicios, industria, construcción y transporte, y profesionales de las fuerzas armadas.

Esto apoya, en parte, los resultados obtenidos por Verdux y sus colaboradores (2000), que afirman que los pacientes con un estatus ocupacional bajo tienden a abandonar con mayor facilidad el tratamiento, pero está más acorde con los resultados de otros investigadores (Atwood y Keck, 1985; Buchanan, 1992; Hillis, Eagles y Eagles, 1993), los cuales no han encontrado diferencias significativas en lo que al estatus laboral se refiere.

7.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que se encuentran en paro en el momento del tratamiento abandonan este con mayor frecuencia que los pacientes que se encuentran en cualquier otra situación laboral (estudiantes, trabajadores, amas de casa o jubilados).

La hipótesis propuesta puede ser confirmada sólo parcialmente, ya que en efecto los parados son los que presentan las tasas de abandono más altas, pero la

diferencia únicamente resulta significativa si la comparación se realiza con pacientes retirados, jubilados y pensionistas y los que no trabajan fuera del hogar. La diferencia no alcanza la significación estadística si se compara a los pacientes en paro con los que están trabajando.

Este hecho está en la línea de la afirmación realizada por Hershorn (1993) a partir de los resultados obtenidos en su investigación en un centro de salud mental público: la estabilidad laboral favorece el cumplimiento del tratamiento. Esto puede resumir el efecto que la tranquilidad de las personas retiradas o que se dedican a las tareas del hogar tienen con respecto a su vida laboral, tranquilidad que quizá no tengan los trabajadores actuales, debido a la gran inestabilidad de los puestos de trabajo en la actualidad, y mucho menos los parados en busca de empleo.

Hipótesis sobre variables clínicas y asistenciales

8.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria diagnosticados de esquizofrenia son los que más abandonan el tratamiento en comparación con el resto de los diagnósticos.

La hipótesis planteada no ha sido confirmada por los datos obtenidos en el estudio, ya que no son los pacientes esquizofrénicos los que mayores tasas de abandono presentan. El porcentaje de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que abandonan el tratamiento es igual al porcentaje de pacientes que cumplen con él: el 50% se adhieren al tratamiento y el 50% restante lo abandona.

Lo que sí muestran los datos es que el diagnóstico de esquizofrenia está asociado a una mala adherencia, puesto que el hecho de que la mitad de los pacientes

abandone demuestra el escaso cumplimiento de la terapia. El mismo resultado encuentran Babicker (1986), Buchanan (1996) y Curson y sus colaboradores (1985), en estudios realizados exclusivamente con pacientes esquizofrénicos.

Pero nuestros datos no se encuentran en concordancia con muchos de los estudios centrados en conocer y diferenciar el grado de abandono de cada una de las patologías mentales, ya que con frecuencia se cita a los pacientes esquizofrénicos como los que presentan peor adherencia. Ejemplo de esto son los estudios de Kissling (1994), Sparr, Moffitt y Ward (1993) y Weiden y sus colaboradores (1991).

Los resultados de la investigación muestran que son los pacientes afectados de trastornos de la alimentación, trastornos de personalidad o alteración de la conducta, y los pacientes que abusan o dependen del alcohol y otras drogas los que abandonan el tratamiento con mayor frecuencia.

Con el fin de conocer si existen diferencias significativas entre estos diagnósticos y el resto, los hemos comparado de uno en uno con los trastornos restantes.

A través de este análisis hemos llegado a las siguientes conclusiones:

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria abandonan el tratamiento el triple que los pacientes psicóticos y más del doble que los pacientes con trastornos adaptativos. Bueno Heredia y sus colaboradores (2001) y García Cabeza y colaboradores (1999), defienden que la presencia de síntomas psicóticos es un buen predictor de abandono terapéutico. Aunque nuestros resultados no apoyen la idea de que los pacientes psicóticos sean los que peor adherencia presentan, sí es cierto que, en

nuestro estudio, el 50,3% de los pacientes psicóticos abandona la terapia, lo que constituye una alta tasa de abandono.

Las personas que sufren trastornos de la personalidad o alteración de la conducta no presentan una tasa de abandono significativamente mayor que el resto de las patologías, aunque si existe una mayor tendencia al abandono. Diversos autores (Aagard y Vestergaard, 1990; Bueno Heredia et al., 2001; Matas et al., 1992) han encontrado que los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad presentan tasas elevadas de abandono, dato apoyado por la presente investigación -ya que el 55,3% de los pacientes abandonan el tratamiento-, aunque la diferencia marcada en relación con otras patologías no sea estadísticamente significativa.

Los pacientes con diagnóstico de abuso de sustancias presentan peor adherencia que los pacientes psicóticos y los pacientes con trastornos adaptativos. En la literatura aparece con bastante frecuencia la relación entre el abuso de sustancias y el abandono terapéutico, pero sobre todo se aborda como aspecto adicional a otro trastorno mental, es decir, en diagnósticos duales. En estos casos, prácticamente la totalidad de los estudios dejan claro el papel negativo del consumo de sustancias en la adherencia al tratamiento (Caspar y Regan, 1993; Drake, Osher y Wallach, 1989; Drake y Wallach, 1989; García Cabeza et al., 1999; Kashner y otros, 1991; Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000; Kent y Yellowlees, 1994; Livianos-Aldana et al., 1999; Lobo Barrero y Pérez Escolano, 1997; Verdux et al., 2000; Matas et al., 1992; Minen, Arntz y Keijsers, 2002; Owen, Fisher, Booth y Cuffel, 1996; Passos y Camacho, 2000; Prischar y Smith, 1990; Salloum, Moss y Daley, 1991; Smith, Barzman y Pristach, 1997; Soni y Brownlee, 1991), pero no encontramos estudios que fijen su atención en el abuso de sustancias

como trastorno único y aislado, por lo que nuestros resultados no pueden ser contrastados con investigaciones anteriores.

La gran mayoría de las investigaciones afirman que son los pacientes diagnosticados de trastornos afectivos los que mejores patrones de adherencia muestran (Barkó, Herczeg y Zádor, 1988; Blouin, Pérez y Minoletti, 1985; Bueno Heredia et al., 2001; Ficher et al., 1993; Freire, 1990; Graveley y Oseasohn, 1991; Matas, Sparr, Moffitt y Ward, 1993; Stanley y Griffin, 1992; McEvoy et al., 1984; Pelkonen, Marttunen, Laippala y Lonnqvist, 2000). Nuestros datos no corroboran estos resultados, ya que, en nuestra muestra, son los pacientes con trastornos psicóticos y con trastornos adaptativos los que menores tasas de abandono presentan, lo cual no quiere decir que el cumplimiento del tratamiento prescrito por parte de estos pacientes sea, ni mucho menos, adecuado (56,3% y 60% de cumplimiento respectivamente).

9.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que no presentan antecedentes psiquiátricos abandonan con mayor frecuencia que aquellos que si los presentan, sean estos de carácter ambulatorio u hospitalario.

La hipótesis planteada con respecto a la influencia de los antecedentes psiquiátricos ambulatorios y hospitalarios queda completamente confirmada, ya que los resultados obtenidos muestran claramente que los pacientes sin antecedentes psiquiátricos abandonan el tratamiento un 60% más que aquellos pacientes con antecedentes hospitalarios o ambulatorios.

Esta afirmación concuerda con los resultados obtenidos por todos los investigadores que se han preocupado de estudiar este efecto (Bischoff y Sprenkle, 1993; Blouin et al., 1985; Carpenter et al., 1981; Friedman y West, 1987; Johansson et

al., 1996; Pomeroy y Ricketts, 1985), con excepción del estudio realizado por Swett y Nones (1989) en el que no se ha encontrado una correlación significativa entre el haber tenido antecedentes psiquiátricos y la correcta adherencia al tratamiento actual.

10.- Las tasas de abandono de cada uno de los Centros estudiados de los Servicios de Salud Mental de los distritos de Centro y Latina de la Comunidad de Madrid no son estadísticamente diferentes.

Los resultados obtenidos no confirman esta hipótesis, ya que las tasas de abandono encontradas en los diferentes centros de salud si han resultado significativas en alguno de los casos.

Así, encontramos que el centro con un mayor porcentaje de abandonos es el Centro de Salud Mental C, porcentaje significativamente superior al hallado en el Centro de Salud Mental A y el Centro de Salud Mental D.

No ha sido significativa la diferencia encontrada entre los centros que peor adherencia presentan, el Centro de Salud Mental C y el Centro de Salud Mental B. Tampoco ha resultado significativa la diferencia entre los centros con mejores tasas de adherencia, el Centro de Salud Mental D y el Centro de Salud Mental A, los cuales presentan tasas de cumplimiento muy similares.

Entre los centros estudiados hay dos que son Centro de Salud en general con un departamento específico de salud mental (C.S.M. A y C.S.M. C), mientras que los otros dos son Centros de Salud Mental exclusivamente (C.S.M. B y C.S.M. D).

La diferencia que existe entre en Centro de Salud Mental C y los dos centros con mayor nivel de adherencia no puede ser debida al hecho de que la adherencia sea mayor en los Centros de Salud Mental en comparación con los Centros de Salud

generales, puesto que las diferencias se han encontrado tanto con el Centro de Salud Mental A como con el Centro de Salud Mental D.

Tampoco es la causa el distrito madrileño al que pertenecen los centros, ya que los centros con los que se encuentran diferencias significativas pertenecen uno a al distrito Centro y otro al distrito Latina.

Por lo tanto la causa de tales diferencias debe encontrarse en las características internas del propio centro, pudiendo ser las características organizativas del mismo, las normas administrativas de éste, los profesionales que trabajan en él, etc.

Hipótesis sobre variables relacionadas con el tratamiento y el profesional responsable

11.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria con un tratamiento que incluya la combinación de terapia individual y tratamiento farmacológico son los que menores tasas de abandono presentan en comparación con los pacientes que reciben cualquier otro tipo de tratamiento.

Los resultados alcanzados en lo que se refiere al tipo de tratamiento recibido no confirman la hipótesis propuesta, ya que son los pacientes tratados de forma exclusiva con terapia farmacológica los que mejores tasas de adherencia presentan.

En comparación con estos, los pacientes tratados únicamente con terapia individual abandonan el tratamiento un 48% más. Estas dos modalidades han sido las únicas que se han mostrado estadísticamente diferentes.

El resto de las modalidades de tratamiento no presentan niveles de abandono significativamente mayores que los de los pacientes tratados farmacológicamente.

Tampoco la combinación de terapia farmacológica y terapia individual se ha mostrado ni más ni menos eficaz que la farmacoterapia aislada, ya que no se han hallado diferencias significativas entre estas modalidades.

Estos resultados están en la misma línea que las conclusiones aportadas por las investigaciones anteriores realizadas al respecto, las cuales afirman que existe una correlación positiva entre el empleo de psicofármacos y la adherencia terapéutica (Atwood y Beck, 1985; Blackwell, 1976; Freire Arteta, 1990). Además, la adherencia mejora cuando los fármacos utilizados presentan pocos efectos secundarios, lo que ocurre, por ejemplo, con los antidepresivos atípicos (Altamura y Malhi, 2000; Wahlbeck, Tuunainen, Ahokas y Leucht, 2001).

Pero también encontramos en la literatura investigaciones recientes que defienden la idea de que es la combinación de farmacoterapia y terapia individual el tipo de tratamiento que mejores niveles de cumplimiento logra (Edlund et al., 2002; Passos y Camacho, 2000; Swett y Noones, 1989). Esta afirmación no ha sido corroborada por nuestros resultados, ya que, aunque la terapia farmacológica no se ha mostrado estadísticamente superior a la combinación anteriormente citada en cuanto a adherencia se refiere, la tendencia estadística muestra cierta superioridad del tratamiento farmacológico frente a la combinación de este tratamiento más terapia individual.

12.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria cuyo profesional responsable es un psiquiatra abandonan con menor frecuencia que aquellos cuyo facultativo responsable es un psicólogo.

Esta hipótesis se ha planteado atendiendo a la mayor tasa de adherencia que presentan los pacientes cuando el tratamiento que reciben es farmacológico, por lo que es lógico que el abandono sea menos frecuente cuando el terapeuta es un psiquiatra -los cuales practican la farmacoterapia- que cuando es un psicólogo, ya que estos últimos no puede recetar ningún tipo de medicación. En esta misma línea argumental se encuentran las afirmaciones de Blackwell (1976). Este autor sostiene que el paciente es más dependiente del tratamiento farmacológico que de la psicoterapia.

Los resultados alcanzados tras el análisis de datos muestran que no es más frecuente el abandono entre los pacientes tratados por un psicólogo en comparación con los atendidos por un psiquiatra, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis propuesta.

Los diferentes resultados hallados en cuanto al nivel de cumplimiento en función de la variable profesión del terapeuta no han sido estadísticamente significativas, si bien se ha encontrado una ligera tendencia a la mejor adherencia por parte de los pacientes cuyo tratamiento lo realiza un psicólogo.

Estos resultados son contrarios a los defendidos por Bueno Heredia y sus colaboradores (2001), que mantienen que el cumplimiento es mayor cuando el tratamiento lo realiza un psiquiatra.

En cualquier caso, los resultados obtenidos carecen en gran medida de validez, puesto que existen ocasiones en las cuales, aunque el paciente esté recibiendo únicamente terapia psicológica, en la historia clínica aparece como profesional responsable el psiquiatra que comenzó el tratamiento o que realizó la primera entrevista. Esto se debe a que en los servicios públicos estudiados la primera cita de

cualquier paciente es siempre con uno de los psiquiatras del centro, el cual derivará posteriormente el caso al psicólogo, si así lo cree conveniente.

13.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria por más de un psicólogo o psiquiatra abandonan con mayor frecuencia que los pacientes que solo son tratados por un único profesional.

Como se ha señalado en el apartado de resultados, el número de profesionales - psicólogos y psiquiatras- que atienden al pacientes ha resultado ser una de las variables más relevantes a la hora de determinar el abandono terapéutico.

Nuestros datos muestran que los pacientes que son atendidos siempre por el mismo profesional, muestran un perfil de cumplimiento significativamente mejor que aquellos que son atendidos por más de un profesional a lo largo del tratamiento. Los pacientes que se encuentran en este último caso abandonan el tratamiento casi un 70% más que los pacientes tratados únicamente por un profesional, lo que confirma claramente la hipótesis propuesta.

No se han encontrado en la literatura estudios centrados en este aspecto, por lo que no podemos comparar nuestros datos con investigaciones anteriores.

De cualquier modo, parece lógico pensar que los pacientes se sienten mejor atendidos y más satisfechos con su terapeuta y su tratamiento, si en todas las ocasiones es recibido y tratado por el mismo profesional. Además, si el tratamiento completo lo realiza una misma persona, se establecerá una mejor relación paciente-terapeuta, el profesional conocerá mejor los detalles tanto de la enfermedad como del curso del tratamiento y, por lo tanto, el resultado de la terapia tendrá más éxito.

Todo esto será percibido por el paciente, lo que le conducirá a tener un comportamiento adherente, con el fin de obtener el mejor resultado posible del tratamiento que le está siendo proporcionado.

14.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria cuyo profesional responsable es joven (menor de 46 años) abandonan con mayor frecuencia que los pacientes tratados por un un profesional más mayor (46 o más años).

Los resultados obtenidos se encuentran en la dirección contraria a la esperada.

Nuestra hipótesis plantea que son los pacientes tratados por psicólogos o psiquiatras jóvenes los que mayores niveles de abandono tienen. Pero los datos muestran el efecto contrario. Así, son los pacientes tratados por profesionales que tienen o sobrepasan los 46 años de edad los que abandonan la terapia con mayor frecuencia. Exactamente estos pacientes abandonan el tratamiento un 43% más que aquellos que son tratados por profesionales menores de 46 años.

Este efecto puede ser debido al hecho de que los profesionales de edades más cortas estén más motivados hacia el trabajo y dediquen mayor esfuerzo al desarrollo del tratamiento, mientras que los profesionales de edad más avanzada no alcanzan un nivel de motivación tan elevado, debido, posiblemente, a que su atención esté más centrada en otros aspectos vitales no tan relacionados con el trabajo.

Nuestros resultados contrastan con los datos obtenidos en investigaciones anteriores, en las cuales los años de experiencia laboral de los terapeutas no se mostraron relacionados con la continuidad o abandono del tratamiento (Berrigan y Garfield, 1981; Burlingame et al., 1989; Stein y Lambert, 1984).

15.- Los pacientes tratados por mujeres de forma ambulatoria abandonan con mayor frecuencia que los pacientes atendidos por un facultativo varón.

El género del profesional responsable del tratamiento parece tener cierta influencia en el abandono o cumplimiento del tratamiento, si bien esta influencia no parece determinante.

En las mujeres no influye ni positiva ni negativamente el que el profesional que las atiende sea varón o mujer. Por el contrario, cuando un hombre es tratado por un psicólogo o psiquiatra varón, la tasa de abandono se eleva, de modo que los pacientes varones tratados por un profesional de su mismo género abandonan la terapia un 42% más que los varones cuyo profesional responsable es una mujer.

El hecho de que los varones atendidos por profesionales varones abandonen con mayor frecuencia el tratamiento puede deberse a la consideración por parte del paciente de que todas las recomendaciones que pueda hacerle una persona de su mismo sexo es capaz de hacérselas el mismo, mientras que una mujer puede ofrecerle un punto de vista que el no tendría en cuenta por sí solo.

A pesar de que el nivel de significación estadístico alcanzado en este caso no es muy elevado, por lo que se deben interpretar estos datos con mucha cautela, los resultados nos llevan a rechazar la hipótesis propuesta, ya que el que los pacientes abandonen más su tratamiento cuando éste lo realiza una mujer queda totalmente desmentido.

16.- Los pacientes en régimen ambulatorio que son tratados por un profesional con menos de 10 años de antigüedad en el actual puesto de trabajo abandonan con

mayor frecuencia que los pacientes cuyo profesional responsable lleva 10 años o más en su puesto de trabajo.

El planteamiento tanto de esta hipótesis como de la que se discutirá a continuación (hipótesis 17), se desarrolló en base a la idea de que la experiencia del profesional influiría de manera positiva a la adherencia terapéutica por parte del paciente, ya que el terapeuta con más años de experiencia se habría enfrentado a un mayor número de abandonos a lo largo de su carrera profesional y sabría resolver este tipo de conflicto más eficazmente que un terapeuta con una experiencia más limitada.

Pero, los años de experiencia del profesional en su actual puesto de trabajo no parecen tener ninguna influencia en el abandono terapéutico.

Los resultados encontrados en esta investigación muestran que no existen diferencias significativas entre los pacientes tratados por un profesional con menos de diez años de experiencia en su puesto actual y los pacientes cuyo terapeuta lleva desempeñando su labor profesional más de diez años en el mismo puesto. Estos resultados nos llevan a rechazar la hipótesis propuesta.

Esta ausencia de diferencia quizá sea debida a que diez años en un periodo de tiempo lo suficientemente amplio para que una persona desarrolle su labor con la misma eficacia que alguien que lleva ejerciéndola una mayor cantidad de tiempo, lo que conduce a que se igualen las características de los profesionales de ambos grupos.

El análisis de datos se ha llevado a cabo con un gran número de casos perdidos, ya que algunos de los profesionales implicados en la investigación no desearon contestar ciertos apartados del cuestionario desarrollado para evaluar algunas variables que consideramos que podían tener relevancia a la hora de determinar el abandono

terapéutico. Por este motivo, los resultados hallados no son, ni mucho menos, concluyentes, sino más bien deben considerarse como información orientativa para futuras investigaciones.

17.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria atendidos por profesionales con menos de 16 años de experiencia en Servicios de Salud Mental públicos -dentro o fuera de Madrid- abandonan con mayor frecuencia que los pacientes cuyo profesional responsable posee 16 años o más de experiencia en dichos servicios.

Tampoco el número de años de experiencia en servicios de salud mental públicos, ya sean estos dentro o fuera de la Comunidad de Madrid, parece influir de forma significativa en el abandono o cumplimiento del paciente.

El análisis de datos no ha mostrado diferencias significativas en cuanto al grado de cumplimiento en función de esta variable, lo que nos conduce de nuevo al rechazo de la hipótesis planteada.

Al igual que en el caso anterior, la explicación de esta falta de diferencia significativa puede deberse a que los periodos de tiempo establecidos para el análisis son excesivamente amplios, por lo que no se hallan diferencias importantes entre los dos grupos creados en función del tiempo de experiencia de los profesionales.

Perfil de abandono a partir de variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas y relativas al profesional responsable

A través del modelo de regresión logística hemos determinado el perfil del paciente con alto riesgo de abandonar el tratamiento, lo que nos permite dirigir los

esfuerzos de profesionales y administraciones implicadas en la Salud Mental principalmente hacia estas personas de alto riesgo de abandono, con la finalidad de reducir, y si es posible erradicar por completo el abandono del tratamiento en pacientes con trastornos mentales que están siendo atendidos de manera ambulatoria.

Las variables que forman este perfil son la edad, el género del paciente, el tipo de convivencia, los antecedentes psiquiátricos, el centro al que ha acudido el paciente para recibir el tratamiento y el número de diferentes profesionales -psiquiatras o psicólogos- que han atendido al paciente.

Estas variables, como se ha señalado en el apartado de resultados, ejercen su influencia en el abandono o cumplimiento terapéutico de forma independiente, con excepción del género y el tipo de convivencia, que son factores que interrelacionan entre sí.

Las variables que ejercen su influencia de manera independiente no van a ser abordadas en esta sección, puesto que su papel ha sido discutido hace escasas líneas. Sin embargo, es importante conocer la interacción entre el género y el tipo de convivencia.

Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres no han sido estadísticamente significativas en lo que al grado de adherencia se refiere. Por el contrario el tipo de convivencia si parece influir en el abandono o cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Pero esta influencia no parece ser lo suficientemente importante como para formar parte del modelo predictivo de abandono terapéutico, mientras que la interacción entre el género y el tipo de convivencia si tiene la entidad suficiente como para incluirse en el modelo de regresión.

Los resultados del análisis de esta interacción nos muestran que el tipo de convivencia no influye de modo positivo ni negativo en los pacientes varones; es decir, el hecho de vivir solo o con algún familiar, pareja o hijos no influye en el patrón de adherencia de los hombres.

Por el contrario, en las mujeres parece tener relevancia el hecho de vivir sola o en compañía de alguien, puesto que las mujeres que viven solas abandonan el tratamiento con una frecuencia mayor que las que viven con algún familiar, su pareja o sus hijos.

La explicación a este hecho puede residir en la quizá mayor independencia afectiva de los varones. Esta independencia les conduciría a implicarse en un tratamiento con evidente carga emocional de igual modo si conviven con alguien o no, ya que en ambos casos las decisiones que impliquen carga afectiva las van a tomar por sí mismos y de forma independiente.

Además, tradicionalmente han sido los varones los que han tomado parte en las decisiones de las mujeres, y no a la inversa. El amplio número de personas mayores de 60 años de edad que forman parte de la muestra tal vez haya determinado en gran medida esta interacción. Quizá, en un estudio realizado con una población más joven esta interacción entre género y tipo de convivencia no exista, o se reduzca hasta niveles por debajo de los aquí alcanzados, no llegando a formar parte de la ecuación de regresión -aunque las diferencias encontradas fueran significativas- debido a su escaso peso en la determinación del abandono.

Por último debemos hacer alusión a la capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido. El siguiente cuadro (ya incluido en el apartado de resultados) muestra el porcentaje de casos clasificados correcta o incorrectamente por el modelo.

		PRONOSTICADO		
		Cumplimiento	Abandono	% Correcto
OBSERVADO	Cumplimiento	261	237	52,4
	Abandono	163	365	69,1
	Porcentaje global			61,0

Tabla 16. Capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido a partir de variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales y relativas a la terapia y al terapeuta.

En color verde podemos ver la cifra de los pacientes que el modelo clasifica como cumplidores y realmente lo son, mientras que en naranja observamos el número de pacientes que habiendo sido clasificados como pacientes que abandonan su tratamiento presentan una adecuada adherencia terapéutica.

Este error en la clasificación no es en realidad problemático, ya que al ser clasificados como abandonos habrían recibido mayor atención en lo que al control de la adherencia se refiere, lo que en cualquier caso, no sería perjudicial, sino que incluso podría haber aumentado y mejorado el nivel de adherencia ya presente.

De cualquier modo, el porcentaje total de pacientes cumplidores correctamente clasificados está por debajo de lo deseable (52,4%), aunque la predicción más interesante en el modelo es la de los pacientes que no cumplen con su tratamiento.

Atendiendo a estos últimos pacientes, podemos ver en color azul el número de pacientes que han sido clasificados como pacientes que abandonan su tratamiento y realmente lo han abandonado, mientras que en rojo vemos el número de pacientes que habiendo sido considerados como cumplidores han abandonado la terapia. Esta última cifra es la que debe preocuparnos, ya que son pacientes que deberían haber estado controlados con medidas que mejoren la adherencia y no lo han estado, ya que se consideraba que su adherencia era buena.

Sin embargo, vemos que esta cifra es la más baja de todas, siendo las más elevada la referida a la clasificación correcta de los abandonos pronosticados y observados. Así, el porcentaje de clasificación correcta de los abandonos alcanza casi el 70% (69,1%), lo que constituye una cifra aceptable para un modelo de regresión.

Por lo tanto, aunque el porcentaje global de predicción correcta sea del 61%, el modelo predice de forma adecuada el 70% de los abandonos, fin para el que estaba diseñado el modelo.

Como conclusión podemos decir que el modelo propuesto es un modelo eficaz para la predicción del abandono, aunque el grado de predicción podría ser mejorado con la adición de variables diferentes a las aquí estudiadas.

SEGUNDA PARTE:
EL PAPEL DE LA INDEFENSIÓN
APRENDIDA EN EL ABANDONO
TERAPÉUTICO EN PACIENTES
CON TRASTORNOS MENTALES

4. INDEFENSIÓN APRENDIDA

4. INDEFENSIÓN APRENDIDA

El fenómeno de indefensión aprendida comenzó a cobrar importancia dentro de la literatura psicológica hace aproximadamente tres décadas, apareciendo ligado al condicionamiento clásico y al condicionamiento instrumental. Fueron Overmier y Seligman quienes, en 1967, llevaron a cabo una serie de investigaciones a través de las cuales demostraron que los animales que eran expuestos a descargas inescapables se mostraban incapaces de aprender nuevas conductas de evitación o escape ante nuevas descargas. Estos estudios hicieron que diferentes autores mostraran interés por este fenómeno en los años siguientes (e.g. Maier y Seligman, 1976; Seligman, 1975), surgiendo así las primeras aproximaciones teóricas sobre la indefensión, las cuales se han ido transformando y perfilando gracias a las críticas y remodelaciones realizadas por diferentes investigadores, desarrollándose así modelos cada vez más complejos y elaborados, aunque en algunos aspectos más confusos.

En la teoría inicial de la indefensión aprendida, Seligman sugiere que "la indefensión es el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables", y añade que "un hecho es incontrolable cuando no podemos hacer nada para cambiarlo, cuando hagamos lo que hagamos siempre ocurrirá lo mismo" (Seligman, 1975). Seligman (1975), y Maier y Seligman (1976), sostienen que los organismos que experimentan hechos incontrolables y son capaces de percibir esa falta de control, desarrollan una serie de déficits en sus aprendizajes posteriores. Estos déficits han sido demostrados empíricamente en una gran variedad de especies, así como en seres humanos, empleando diferentes estímulos aversivos (siendo el más frecuentemente utilizado la descarga eléctrica en animales no humanos), y aplicándose a una gran variedad de tareas.

La segunda formulación del modelo fue realizada por Abramson, Seligman y Teasdale en 1978, y en 1979 por Alloy y Abramson. Esta reformulación surgió como respuesta a las críticas que recibió la primera teoría (Seligman, 1975; Maier y Seligman, 1976), ya que cuando ésta se aplicaba a seres humanos aparecían ciertas inadecuaciones teóricas. La principal aportación de la reformulación fue la proposición del concepto de *estilo atribucional*, aspecto que será tratado más adelante. A pesar de las mejoras que ofrece, esta segunda formulación tampoco se ha visto exenta de críticas (Maldonado y Ruiz, 1982; Palenzuela, 1984).

El fenómeno de indefensión aprendida se ha empleado como modelo explicativo de un gran número de trastornos, tales como la depresión (Seligman, 1975; Peterson et al., 1981), el fracaso escolar (Kennelly y Notint, 1985), trastornos debidos a agresiones físicas, tales como robo y violación (Peterson et al. 1983), muerte en instituciones (Peterson, Maier y Seligman, 1993), úlceras de estómago (Overmier y Murison, 1993), cáncer (Peterson, Maier y Seligman, 1993), o trastorno de estrés postraumático (Overmier, Murison, Taklo y Espelid, 1994). En general se ha encontrado cierto grado de paralelismo entre las pruebas experimentales y las reacciones sufridas en la vida real, lo que está fomentado una corriente de investigación que no tiene visos de cesar actualmente, tanto en experimentación humana como animal.

4.1. METODOLOGÍA EXPERIMENTAL

La investigación sobre el fenómeno de indefensión ha sido realizada principalmente con un diseño experimental conocido como *diseño triádico*, el cual

permite conocer si la indefensión es causada por la incontrolabilidad de la descarga inescapable o por algún parámetro de dicha descarga.

El diseño está compuesto por dos fases y tres grupos experimentales. En la primera fase, de pretratamiento o inducción, cada uno de los grupos es expuesto a una tarea o situación diferente:

- ✓ Grupo escapable: los organismos son expuestos a un suceso que pueden controlar dando una determinada respuesta. Por ejemplo, la exposición a una descarga que se puede interrumpir pulsando una palanca.
- ✓ Grupo acoplado o inescapable: los sujetos son expuestos al mismo suceso que el grupo anterior pero carecen de control sobre dicho suceso. Por ejemplo, ser expuestos a la misma descarga, con frecuencia e intensidad idénticas, pero sin tener la posibilidad de interrumpirla de ningún modo.
- ✓ Grupo control o inexperto: no es expuesto a ningún suceso.

La segunda fase es de prueba. En ella los tres grupos son sometidos a la misma tarea, siendo lo más frecuente una tarea de evitación o escape. La diferencia encontrada entre los tres grupos en esta fase proporciona información acerca de cómo ha influido el grado de controlabilidad de la fase anterior en una tarea de aprendizaje posterior. Como es de esperar, el grupo acoplado es el que peor realiza la tarea en la fase de prueba, mostrando los grupos escapable y control un nivel de actuación bueno y similar en ambos grupos. Seligman interpretó este hecho afirmando que no es la descarga en sí lo que impide a los sujetos realizar conductas de escape, sino que es la incapacidad de controlar la descarga la que genera dicho impedimento. Los organismos del grupo

acoplado han aprendido en la primera fase que las consecuencias son independientes de sus respuestas, por lo que reducen su tasa de respuestas en la fase de prueba.

4.2. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

Contigüidad y contingencia

La teoría del estímulo - respuesta pone énfasis únicamente en la contigüidad temporal entre la respuesta y el refuerzo: si una respuesta es seguida de un refuerzo, esta quedará reforzada aún no existiendo una relación "real" entre estos elementos. Por el contrario, la teoría de la indefensión aprendida propone que el animal es capaz de detectar la relación de causa - efecto, pudiendo separar las relaciones no causales de las que si lo son.

El animal, tras percibir la contingencia, o la falta de esta, forma una expectativa sobre la contingencia futura, y es esta expectativa la que se considera crítica para la aparición de los déficit observados. El principio de contingencia da pie a pensar que el sujeto parece integrar información sobre las consecuencias de su respuesta, es decir, lo que ocurre tras emitir una respuesta o no emitirla.

Controlabilidad e incontrolabilidad

La controlabilidad es uno de los aspectos críticos de la teoría de la indefensión aprendida. Seligman, en 1975, afirmó que la indefensión se producía en caso de que los sucesos a los que un animal era expuesto fueran incontrolables, hecho que ha sido corroborado por diversas investigaciones más actuales (e.g. Maier, 1990; Yela, Bernabé

y Salgado, 2001). Un acontecimiento es incontrolable cuando el resultado es independiente de las respuestas voluntarias del sujeto, entendiendo por respuestas voluntarias aquellas que pueden ser modificadas por la recompensa y el castigo, respuestas cuya probabilidad aumenta cuando es recompensada y disminuye cuando es castigada. Así, por acontecimiento incontrolable entendemos todo aquel suceso que no podemos cambiar hagamos lo que hagamos, aquel en el que demos la respuesta que demos siempre ocurrirá lo mismo.

Las situaciones de carácter incontrolable hacen que surgan déficit de rendimiento y motivacionales (Calef, Choban, Sharer y Dye, 1986; de Vicente, Ferrándiz y Pardo, 1991; Maier, 1990; Ferrándiz, 1989; Overmier, 1985) y que aparezcan dos tipos de miedo.

Uno de ellos está condicionado a las claves proporcionadas por el contexto en el que se desarrolla la fase de incontrolabilidad, mientras que el otro se encuentra relacionado con la sensibilización que aparece ante la presencia del estímulo aversivo (descarga), siendo los efectos negativos de este último más prolongados en el tiempo, por lo que se piensa que este tipo de miedo podría ser el responsable de los déficit de rendimiento.

El grado de control que un sujeto ejerce sobre el estímulo estresor es un relevante modulador del impacto fisiológico y comportamental que la exposición a este estímulo produce (Anisman et al., 1991; Maier, 1993). Un estímulo aversivo incontrolable genera gran cantidad de secuelas que no aparecen cuando dicho estímulo se puede controlar (Maier, 2001). Además, una gran variedad de consecuencias neuroquímicas de la exposición a un estresor son moduladas por la controlabilidad o incontrolabilidad de dicho estresor (Petty et al., 1996).

4.3. FORMULACIÓN INICIAL DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

La primera formulación surgió en 1975 de la mano de Seligman y un año más tarde de la de Maier y Seligman. El supuesto básico de esta formulación mantiene que los individuos expuestos a hechos incontrolables sufren diferentes déficit que se hacen patentes en los aprendizajes futuros. Más tarde, Seligman perfiló este supuesto, afirmando que sólo aquellos sujetos que percibían la falta de control en estas situaciones sufrían los déficit propios de la indefensión (Seligman, 1975), que pueden ser de tres tipos: motivacionales, cognitivos o de aprendizaje y emocionales. Además, los sujetos transfieren esta expectativa de falta de control a los hechos que acontecen en el futuro, interfiriendo, de este modo, con los nuevos aprendizajes. En definitiva, la teoría de la indefensión aprendida propone que la exposición a un hecho aversivo incontrolable hace que un animal, o un humano, se forme una representación de no contingencia entre su comportamiento y la terminación del suceso aversivo, y espere que esa no contingencia se mantenga en el futuro.

Esta formulación parte de tres elementos principales: la información sobre la contingencia, la representación cognitiva de la contingencia y la conducta. Cuando se produce la representación cognitiva es cuando aparece la indefensión, ya que el sujeto se forma la expectativa de que la respuesta emitida por su parte y el resultado obtenido son independientes, lo cual le lleva a percibir que sus respuestas carecen de éxito. Seligman hace hincapié en el hecho de que únicamente los organismos que se forman expectativas de no contingencia sufren indefensión (Seligman, 1975). Seligman y Maier (1976) comprobaron que cuando un animal es expuesto previamente a descargas escapables, los efectos posteriores de indefensión aprendida desaparecen totalmente, demostrando que la expectativa de incontrolabilidad es el factor crítico de indefensión,

de forma que interfiriendo en los procesos de percepción de no contingencia y en la expectativa de la futura incontrolabilidad, se podría eliminar la indefensión, incluso si ésta se ha desarrollado en su totalidad.

Déficit de la indefensión aprendida

Los déficit que aparecen en los sujetos que sufren indefensión aprendida pueden ser de diferente índole:

- **Motivacionales:** caracterizados por la disminución de la iniciación de respuestas para controlar el resultado.
- **Cognitivos o de aprendizaje:** se produce un déficit de aprendizaje asociativo, de modo que el sujeto tiene dificultad para aprender que las respuestas que emite puedan producir algún resultado.
- **Emocionales:** si el resultado es traumático se produce ansiedad, llegando incluso a presentar depresión.

Diferentes investigadores mantienen que la indefensión no aparece únicamente cuando los hechos son aversivos, sino que también la encontramos en individuos expuestos a hechos incontrolables positivos (indefensión apetitiva) o neutros, aunque no es tan frecuente (e.g. Ferrándiz y de Vicente, 1997; Peterson, Maier y Seligman, 1993). De este modo, los animales que experimentan sucesos positivos que son independientes de su comportamiento también aprenden que no tienen control sobre ellos y tardan más tiempo en aprender qué comportamientos futuros serán efectivos en el control de los resultados.

Críticas al modelo

Los resultados empíricos son a veces desconcertantes, ya que los efectos nocivos de determinadas situaciones precipitan reacciones de diferente tipo y distinta duración, y no todos los sujetos que experimentan situaciones incontrolables muestran síntomas de indefensión aprendida. Estos resultados no son explicados por la primera formulación, que además deja sin respuesta otras muchas preguntas: no explica la disminución de la autoestima en los sujetos indefensos, ignora los factores etiológicos responsables del fenómeno, no separa las creencias de falta de control de los efectos que producen -ya que la relación entre ambos es circular-, y no facilita una explicación acerca de los procesos subyacentes a las creencias y expectativas.

Con respecto a los seres humanos en concreto, la formulación inicial presenta dos problemas fundamentales:

1. No distingue entre los casos de indefensión universal, en la cual los resultados son incontrolables para todo el mundo, y los casos de indefensión personal, en los que son únicamente incontrolables para determinadas personas. Ambos casos comparten el hecho de que los sujetos perciben que no hay relación entre su comportamiento y los resultados, y de que la expectativa de la futura no contingencia debilita el sujeto, pero se diferencian en que en la indefensión personal el sujeto se autorecrimina y aparecen pensamientos que hacen que disminuya la autoestima, mientras que en la indefensión universal la autoestima no sufre ninguna modificación. Esta distinción se realizó en la segunda formulación.

2. La formulación inicial no explica cuando se generalizan los déficit que aparecen en los sujetos indefensos.

Por todas estas razones Abramson, Seligman y Teasdale (1978) y Alloy y Abramson (1979) reformularon el modelo, aportando principalmente el concepto de *estilo atribucional*.

4.4. REFORMULACIÓN DE LA TEORÍA DE INDEFENSIÓN APRENDIDA

En 1978 Lyn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale presentaron la reformulación del modelo de indefensión aprendida aplicada a seres humanos. La principal modificación fue la asignación de un efecto modulador debido a las atribuciones causales en el proceso por el cual se producen déficit al experimentar sucesos incontrolables.

Estos autores mantenían que si nos encontramos ante un hecho incontrolable nos preguntamos a qué es debido, y la respuesta que nos demos determinará en gran medida nuestra reacción. Concretamente, el modelo incluye el concepto de *estilo atribucional* (más tarde denominado *estilo explicativo* por Peterson y Seligman, 1984), y propone que cuando las personas son sometidas a experiencias de incontrolabilidad, y las perciben como tal, realizan una atribución respecto de cuál es la causa de esa falta de control, no siendo suficiente la percepción de no contingencia entre respuestas y consecuencias para la aparición de los déficit de indefensión, sino que es imprescindible que los sujetos realicen atribuciones causales acerca de esta no contingencia, y consideren las expectativas futuras para que surjan dichos déficit.

Por lo tanto, el fenómeno de indefensión aprendida presentaría las siguientes fases:

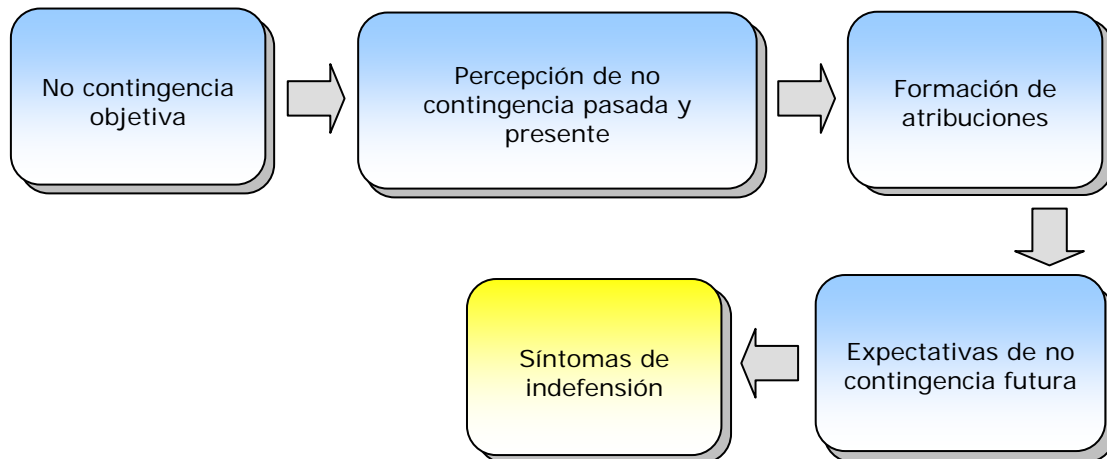


Figura 12. Esquema del modelo reformulado de la indefensión aprendida. (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

4.4.1. Locus de control

Julian Rotter (1954) elaboró su *Teoría del aprendizaje social* haciendo especial hincapié en la importancia que tiene la combinación de los refuerzos y las cogniciones en la determinación del funcionamiento humano, el cual se produce en todo momento dentro de un contexto social. En base a esto, Rotter afirmó que en una situación determinada la persona tiene diferentes opciones de comportamiento, cada una de las cuales está ligada a una consecuencia concreta, teniendo, a su vez, esta consecuencia un valor de refuerzo asociado a ella. Además, las personas tenemos expectativas acerca de la probabilidad de que aparezcan los reforzadores tras la conducta. Así, las consecuencias de las conductas, es decir, los reforzadores, poseen un determinado valor y unas expectativas concretas.

Parece lógico pensar, y así lo hizo Rotter, que la probabilidad de que cierta conducta se produzca está en función tanto del valor del reforzador como de la probabilidad de que tal reforzador aparezca. Estos dos parámetros son únicos para cada individuo, de manera que lo que es relevante para una persona no tiene por qué serlo para otra, del mismo modo que no todos los sujetos llevan a cabo los mismos cálculos sobre la probabilidad de ocurrencia de un hecho. Además, estos parámetros también son únicos para cada situación concreta, variando de una situación a otra.

Pero no todas las expectativas de los sujetos varían. Existen expectativas que se mantienen a través de las diferentes situaciones: las expectativas generalizadas (Rotter, 1966a, b; 1990). Hay diferentes expectativas generalizadas, entre las que se encuentran la *confianza interpersonal* (en qué grado se puede confiar en la palabra de los demás) o, y es esta la que aquí nos interesa, el *locus de control de refuerzo interno vs. externo* o *teoría del lugar de control*.

El concepto de locus de control hace referencia a la expectativa de conexión entre características personales, acciones y resultados experimentados. Las personas con un lugar de control interno consideran que las consecuencias de la conducta dependerán en gran medida del propio esfuerzo, mientras que aquellos individuos que poseen un lugar de control externo piensan que su esfuerzo personal no tiene mucha importancia, considerando los resultados como dependientes del destino, el azar, la suerte u otras fuerzas externas. Las personas que tienden a expectativas de control externo se comportan de forma más congruente con las descripciones de indefensión: son menos activas, expresan menos los sentimientos positivos, tienen en cuenta menor cantidad información disponible, etcétera.

La reformulación de la teoría de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) concede gran importancia a la noción de locus de control interno vs. externo, propuesto por Rotter años atrás (Rotter, 1966a, b).

4.4.2. Estilo atribucional

El estilo atribucional es una variable cognitiva de personalidad que refleja el modo habitual en que la gente explica las causas de los sucesos que les acontecen (Peterson y Barret, 1987). Como se observa en el diagrama anterior (figura 12), la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida inserta en el proceso, como variable mediadora entre la percepción de no contingencia pasada y presente y la expectativa de no contingencia futura, las atribuciones causales que el sujeto realiza acerca de determinada situación. Así, cada sujeto, según sus diferencias individuales, puede considerar causas diferentes ante un mismo hecho, lo que se traduce en términos de diferente grado de vulnerabilidad a los déficit de la indefensión (Vázquez-Valverde y Polaino-Lorente, 1982).

El interés psicológico por la interpretación causal que realizamos los individuos acerca de los sucesos se debe a Heider (1958) y a su libro "*Psicología de las relaciones interpersonales*", en cual se aborda el tema de cómo la gente da sentido al mundo en términos de causas, y de cómo se interpretan las causas del comportamiento propio y ajeno. Heider mantenía que la gente busca un significado en sus experiencias y estas interpretaciones se generalizan más allá de la experiencia inmediata. La evidencia apoya la causalidad como uno de los conceptos básicos de la naturaleza humana (Peterson, Maier y Seligman, 1993).

Las ideas de Heider fueron popularizadas por Kelley (1967), cobrando importancia dentro de la psicología y generando la postulación de la denominada *Teoría de la atribución*, la cual ha tenido una gran influencia en la explicación del fenómeno de indefensión.

La reformulación de la teoría de la indefensión sostiene que los déficit que provoca la indefensión aprendida están determinados por el estilo atribucional que poseen los individuos, realizándose las atribuciones en función de tres dimensiones:

✓ Internalidad - Externalidad

Esta dimensión hace referencia a la asignación de causalidad en función de la responsabilidad que el propio sujeto tiene con respecto a los resultados. Así, las personas pueden considerar que las causas del suceso incontrolable se deben a ellas mismas, es decir, a variables personales (internalidad) o a causas situacionales o relativas a otras personas, es decir, externas a ellos (externalidad).

✓ Estabilidad - Inestabilidad

Esta segunda dimensión está relacionada con el hecho de creer o no que la causa del acontecimiento se mantendrá en un futuro, esto es, si se debe a factores estables o por el contrario depende de factores inestables y cambiantes. Con la consideración de esta dimensión nos aseguramos de tener en cuenta la variable temporal, que ha resultado ser de gran relevancia en la gravedad y cronicidad de la sintomatología propia de la indefensión.

✓ Globalidad - Especificidad

Por último, esta dimensión se refiere al número de áreas o situaciones de la vida que se ven afectadas. La causa del suceso puede repercutir sobre un gran número de áreas de la vida del sujeto o sobre un única situación concreta, produciéndose así una gran generalización a diferentes situaciones, o limitándose únicamente a la tarea o situación original en la cual se produjo dicha incontrolabilidad.

De acuerdo con estas tres dimensiones, atribuir la falta de control a causas internas producirá una disminución de la autoestima, mientras que atribuir la a causas externas no afectaría en absoluto a la misma. En caso de atribuir los hechos negativos a una causa inestable, los déficit de la indefensión serán breves, porque las causas del hecho variarán, mientras que si se atribuyen a causas estables la indefensión persistirá y será recurrente. La tercera dimensión determina la generalización a otras situaciones, de forma que la atribución a factores globales generalizará la indefensión a otras áreas de la vida, mientras que la atribución a factores específicos la limitará al área en concreto afectada.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos teniendo en cuenta las posibles combinaciones de cada una de las dimensiones de las atribuciones.

		INTERNAS		EXTERNAS	
		ESTABLES	INESTABLES	ESTABLES	INESTABLES
GLOBALES	Estudiante que suspende	“No soy inteligente”	“Me encuentro cansado”	“La gente tiene normalmente mala suerte en los exámenes”	“Hoy es martes y trece”
	Mujer rechazada	“No resulto atractiva a los hombres”	“Algunas veces mi conversación aburre a los hombres”	“A los hombres no les gustan las mujeres inteligentes”	“Los hombres algunas veces tienen cierta predisposición al rechazo”
ESPECÍFICAS	Estudiante que suspende	“No se me dan bien las matemáticas”	“Me aburro con los problemas de matemáticas”	“La gente tiene normalmente mala suerte en los exámenes de matemáticas”	“El examen de matemáticas era el número trece”
	Mujer rechazada	“No le resulto atractiva”	“Mi conversación le aburre”	“A él no le gustan las mujeres inteligentes”	“Él tenía hoy cierta disposición a rechazarme”

Tabla 17. Ejemplos de atribuciones atendiendo a sus tres dimensiones. (Extraído de Buceta, 1981).

Estilo atribucional optimista y estilo atribucional pesimista

Peterson y Seligman (1984) y Peterson y Barrett (1987) distinguen entre estilo atribucional optimista o positivo y estilo atribucional pesimista o negativo. El primero se caracteriza por hacer atribuciones internas, estables y globales para los sucesos positivos, y externas, inestables y específicas para hechos negativos. Según Isaacowitz y Seligman (2002), las personas con un estilo cognitivo de estas características

presentarán, a largo plazo, un mejor perfil afectivo y una menor probabilidad de sintomatología depresiva. Este patrón atribucional se ha denominado dentro del ámbito de la psicología social *self-serving attributional bias* (sesgo atribucional de autoservicio) (Greenwald, 1980; Miller y Ross, 1975; Weary y Arkin, 1981). Este estilo atribucional suele dificultar la generación de la denominada indefensión personal (Abransom et al., 1978) y la aparición de atribuciones globales tras la exposición a situaciones irresolubles (Pasahow, 1980), por lo que constituye un factor preventivo de la indefensión.

Por el contrario, el estilo atribucional negativo (tendencia a explicar las causas de forma pesimista) se caracteriza por el patrón contrario, atribuyendo los sucesos negativos a causas internas, estables y globales, y los sucesos positivos a causas externas, inestables y específicas. Este último estilo representa un factor de riesgo para la indefensión y la depresión, siendo las dimensiones más relevantes en el desarrollo de la misma la estabilidad y la globalidad, puesto que serían las responsables del mantenimiento de los déficit a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Alloy, et al., 1988; Peterson, Maier y Seligman, 1993; Seligman et al., 1979).

La investigación en el campo de la atribución ha comprobado una y otra vez que los éxitos y los fracasos son atribuidos a causas diferentes, por lo que no podemos hablar de explicaciones causales para hechos incontrolables en general, sino que debemos hacer una distinción entre sucesos positivos y negativos (Brown y Siegel, 1988; Sellers y Peterson, 1993).

El hecho de que los sujetos realicen distintas atribuciones no depende únicamente del estilo atribucional característico de la persona, sino que hay diferentes

variables que influyen en este proceso. Las más relevantes son la ambigüedad de la situación y la presencia de otras personas. Ante una situación ambigua en la que no hay control por parte del sujeto, los individuos que normalmente hacen atribuciones de carácter global ante eventos negativos alcanzarán un mayor grado de indefensión. En relación a la presencia de otras personas, se ha comprobado que los sujetos con un estilo atribucional externo se ven menos influidos por la presencia de un compañero, mientras que los sujetos con estilo atribucional interno trabajan mejor en soledad (Piltman et al., 1979).

Sin duda, el mayor beneficio de la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida es que permite explicar las diferencias individuales gracias a la incorporación de los conceptos de estilo atribucional y locus de control, ya que las personas difieren en las explicaciones causales que ofrecen para un mismo suceso, y por lo tanto, la reacción es distinta en cada una de ellas. Este análisis atribucional permite resolver la inadecuación de la formulación inicial de la indefensión sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad.

Para comprobar la adecuación de la presente reformulación se han realizado estudios de todo tipo, tanto estudios transversales (Sweeney, Anderson y Bailey, 1986; Raps et al., 1982; Riskind, Casellon y Beck, 1989; Sanderson, Beck y Beck, 1990) como longitudinales (Brewin, 1985; Brewin y Harris, 1985; Cutrona, 1983; Dweck y Licht, 1980; Firth y Brewin, 1988; Colin, Sweeney y Shaffer, 1981; Kammer, 1983; Mukherji, Abramson y Martin, 1982; Peterson, Luborsky y Seligman, 1983; Peterson, Schwartz y Seligman, 1981; Teasdale, 1983; Wong y Weiner, 1981).

Algunos autores mantienen que esta reformulación tiene un mayor número de inconvenientes que de ventajas, y que es menos precisa que la original (Bekarian,

1984), pero no hay que olvidar que ofrece una aproximación bastante acertada a la explicación de la depresión, aspecto que será tratado en profundidad en un apartado posterior.

4.4.3. Indefensión personal vs. indefensión universal

Con la reformulación de la teoría se comienza a considerar la diferencia existente entre la indefensión personal y la indefensión universal. Así, se hace hincapié en que no es lo mismo que un sujeto que se encuentra ante un problema o una situación irresoluble considere que ni él ni el resto de las personas pueden resolverlo (indefensión universal), a que piense que él en concreto no es suficientemente capaz de encontrar una solución (indefensión personal). Para que se produzca indefensión personal es fundamental que la comparación que realiza el sujeto entre él y el resto de las personas sea con individuos que se encuentran al mismo nivel que él; es decir, las personas objeto de la comparación deben poseer características similares a él en cuanto a los parámetros que sean relevantes en la situación concreta en la que se encuentra.

Por ejemplo, en el caso de que un estudiante universitario no sea capaz de resolver un problema matemático, el hecho de que existan expertos en esta materia que sean capaces de resolverlo no generará indefensión en la persona, mientras que si considera que sus compañeros universitarios son capaces de encontrar la solución, sí la generará.

Si relacionamos estos dos tipos de indefensión con el tipo de atribuciones realizadas por los sujetos, se podría concluir que las atribuciones externas e internas se corresponden con la indefensión universal y personal respectivamente. De este modo,

cuando se considera que la causa de un fracaso escapa del control personal, es decir, se realiza una atribución externa, la indefensión es universal, mientras que si la atribución es interna, es decir, se considera la causa del fracaso como una falta de habilidad o capacidad propia, la indefensión es personal.

Tampoco se puede olvidar la repercusión que ambos tipos de indefensión pueden tener en la autoestima del sujeto. Un nivel de autoestima bajo se alcanzará cuando la persona no sea capaz de hacer frente a un problema pero otras personas si puedan hacerlo (indefensión personal), mientras que la autoestima no se verá mermada en el caso de que ni el propio sujeto ni el resto de las personas puedan resolver el problema (indefensión universal) (Buceta, 1981). Esta distinción tiene un gran peso en los estados emocionales y la autoestima de los sujetos. Así, la indefensión personal lleva consigo déficit de carácter emocional y de autoestima, mientras que la indefensión universal no tiene porqué producir dichos déficit. Sin embargo, los déficit cognitivos o de aprendizaje y motivacionales aparecen en ambos casos, ya que el simple hecho de considerar que no se posee una respuesta adecuada para controlar una consecuencia produce estos déficit, independientemente de que otras personas tampoco la posean.

4.5. ASPECTOS RELEVANTES DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

4.5.1. Curso temporal

En la investigación experimental el fenómeno de indefensión aprendida, tanto en animales como en humanos, muestra un curso temporal. Los déficit que surgen en la indefensión desaparecen pasado un tiempo -horas, días, meses... dependiendo de la

severidad- en el que el organismo no se exponga a un suceso incontrolable (e.g. Maier, 2001b).

En la vida real este efecto no está tan claro, ya que no es posible controlar la no exposición del individuo a eventos incontrolables, pero se puede concluir que la indefensión inducida en el laboratorio va decayendo a lo largo del tiempo, aunque no se conocen los parámetros exactos de este curso temporal.

Lo que sí parece claro es que cuando los individuos dan explicaciones estables para sus fracasos las alteraciones se prolongan más a lo largo del tiempo que cuando las explicaciones dadas son inestables (Brewin y Sapiro, 1985; Mikulincer, 1988; Weiner, 1979).

4.5.2. Efecto de generalización

La indefensión aprendida inducida en laboratorio presenta, además de su limitación temporal, límites situacionales, por lo que los efectos de la indefensión así inducida no siempre se generalizan de una situación determinada al resto de situaciones posibles.

En relación a esta generalización a través de las distintas situaciones, los individuos que explican los fracasos de forma global ven afectado un mayor número de áreas o situaciones que aquellos que los explican de modo específico (Mikulincer, 1988; Mikulincer y Nizan, 1988; Pasahow, 1980).

Estos últimos individuos únicamente mostrarán déficit de indefensión en situaciones similares a la inicial, pero no en aquellas que difieren de la original (Alloy et al., 1984).

La teoría de la indefensión aprendida sostiene, basándose en evidencia empírica (Altenor y Kay, 1980; Anisman, Hamilton y Zacharko, 1984; Hamilton y Zacharko, 1984; Hiroto y Seligman, 1975; Rosellini y DeCola, 1986), que:

- ✓ Aparece generalización de unas situaciones a otras siempre que se empleen en ambas fases estímulos punitivos, aunque hay autores que defienden que también se generaliza a hechos apetitivos (e.g. Sonoda, 1990).
- ✓ Las tareas de aprendizaje bajo una situación traumática pueden generalizarse a tareas bajo una situación no traumática.
- ✓ Puede aparecer generalización de tareas instrumentales a tareas cognitivas.

La generalización está modulada o limitada por una serie de factores, los cuales influyen, en mayor o menor grado, en el modo en el que actúan los organismos ante un suceso incontrolable:

- ☑ *Control discriminativo*: en seres humanos se ha demostrado que los sujetos son capaces de discriminar entre situaciones controlables e incontrolables, lo que limita la generalización.
- ☑ *Significación del suceso*: los déficit que aparecen cuando un organismo es expuesto a un acontecimiento muy traumático pueden generalizarse a hechos menos traumáticos, pero no al revés.

- ☑ *Inmunización*: los sujetos pueden ser inmunizados -es decir, protegidos contra los efectos negativos que aparecen tras la exposición a una situación incontrolable- siendo previamente expuestos a situaciones en las que puedan ejercer control (Dyck y Breen, 1978; Seligman y Maier, 1976; Yano y Leite-Hunziker, 2000). La inmunización es más efectiva si se lleva a cabo a través del entrenamiento con estímulos controlables y predecibles, que si se realiza únicamente con estímulos controlables o estímulos predecibles (de Vicente, Ferrándiz y Pardo, 1991; Ferrándiz y Pardo, 1990).

Diferentes investigaciones han mostrado como este efecto de inmunización es susceptible de ser generalizado a situaciones diferentes de la actual (Anisman, Irwin, Beauchamp y Zacharko, 1983; Rosellini, Plorisky, Warren y Stilman, 1984; Warren, Rosellini, Plonsky y DeCola, 1986).

Desde el punto de vista cognitivo la inmunización dependerá de las atribuciones que hagan las personas más que de la situación o tarea en sí, de modo que los sujetos que se formen la expectativa de que respuesta y refuerzo son contingentes serán sensibles a la inmunización, mientras que si la expectativa formada es débil o no tiene la fuerza suficiente, los individuos se guiarán por la relación de no contingencia, desapareciendo la sensibilidad a la inmunización.

4.5.3. Efecto de facilitación

Ante situaciones incontrolables puede aparecer el efecto contrario a la indefensión. Este es el denominado *efecto facilitador*, que consiste en facilitar la

conducta adecuada en una fase posterior a la fase de pretratamiento (Frankel y Snyder, 1978; Job, 1987).

El hecho de que una misma situación incontrolable pueda provocar efectos opuestos ha sido interpretado en términos de tiempo: cuando un organismo es expuesto a un reforzamiento no contingente durante un período de tiempo moderado aparece el efecto facilitador, mientras que si el periodo de tiempo es más elevado se produce indefensión. Este fenómeno también ha sido interpretado en función de la dificultad e importancia de la tarea y el esfuerzo requerido por ella, de modo que si los sujetos piensan que fracasarán debido a que la tarea tiene un alto nivel de dificultad, el rendimiento posterior será mejor (Frankel y Snyder, 1978).

Costello (1978) y Bekarian (1980) sostienen que la facilitación esta más relacionada con el nivel de motivación de los individuos que con factores cognitivos. Estos autores mantienen que las situaciones incontrolables sufridas en la fase de pretratamiento aumentan la ansiedad y el nivel de activación o arousal hasta un punto óptimo, de modo que la respuesta en la tarea posterior se verá facilitada. Esta misma opinión mantienen Stromberg y sus colaboradores (1997), que demostraron que las ratas sometidas a una situación incontrolable incrementan su actividad en una fase posterior, atribuyendo dicho incremento a factores motivacionales.

4.6. DÉFICIT CAUSADOS POR LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

El fenómeno de indefensión aprendida está asociado a una serie de déficit de pensamiento, sentimientos y acciones. La teoría de la indefensión aprendida, tanto la original como la reformulada, mantiene que la incontrolabilidad es el factor crítico para

la aparición de los déficit y no el suceso traumático en sí, puesto que entonces no estaríamos hablando de indefensión aprendida.

Los efectos a los que da lugar la indefensión son de muy diversa índole, apareciendo un aprendizaje erróneo de la conducta de escape, una disminución de la actividad en presencia de los estímulos aversivos, un aumento del tiempo de latencia de la conducta de escape, un miedo condicionado exagerado, ansiedad, reducción de la interacción social, etc. (Cemalcilar, Canbeyli y Sunar, 2003; Maier, 1990; Short y Maier, 1993; Will et al., 1998; Yela, Salgado, Gómez, Santamaría y Ayuso et, 1996).

Para que se pueda interpretar un fenómeno en términos de la teoría de la indefensión aprendida deben cumplirse tres criterios básicos (Peterson et al., 1993):

- ✓ Aparición de una pasividad inapropiada, disminución de las conductas o acciones encaminadas a resolver una situación en la que es posible un afrontamiento eficaz de la misma.
- ✓ Aparición de dicha pasividad como consecuencia de la presencia de sucesos incontrolables.
- ✓ Las cogniciones adquiridas durante la exposición a estímulos incontrolables son las que hacen que surgan dichos déficit, ya que se generalizan de manera errónea a nuevas situaciones.

Estos efectos conductuales se producen a partir de tres tipos de déficit generados por la indefensión: motivacionales, cognitivos o de aprendizaje y emocionales. Según Overmier (1985) cada uno de los efectos causados por la indefensión tienen un origen distinto; así, el déficit motivacional surge como resultado de la incontrolabilidad del suceso negativo, el déficit cognitivo o de aprendizaje

asociativo como consecuencia de la impredecibilidad, y el déficit emocional por la mezcla de incontrolabilidad e impredecibilidad experimentada por el sujeto (Calef, Choban, Sharer y Dye, 1986; de Vicente, Ferrándiz y Pardo, 1991; Ferrándiz, 1989; Yela, Gómez y Salgado, 2001a, b).

4.6.1. Déficit motivacionales

En una situación de carácter aversivo los sujetos responden buscando un objetivo determinado: que su respuesta produzca alivio. Si el sujeto percibe que puede escapar de la situación estresante se generará un aumento de la actividad fisiológica y cognitiva, la cual prepara al individuo para llevar a cabo una actuación adaptativa y eficaz (Valdés y Flores, 1990).

La motivación a responder ante una situación dada tiene dos componentes: drive e incentivo. El drive hace referencia a los impulsos determinados biológicamente, tales como el hambre o la sed, mientras que el incentivo se refiere a la anticipación de un refuerzo futuro. Es este último aspecto de la motivación el que se ve afectado por las situaciones de incontrolabilidad, ya que para que los organismos ejecuten respuestas voluntarias tienen que tener expectativas de incentivo. Si nos encontramos ante una situación en la que el incentivo del alivio desaparece, porque el sujeto percibe que no puede resolver la situación de ninguna manera, las respuestas voluntarias tenderán a ir desapareciendo, de modo que se vaya reduciendo su probabilidad, hasta llegar a una actitud de completa pasividad acompañada de falta de interés por la tarea, estados emocionales negativos y expectativas de desesperanza (Valdés y Flores, 1990; Yela et al., 1996).

Cuando un organismo aprende que sus respuestas no tienen influencia sobre los resultados, esto es, que respuestas y resultados son independientes, la expectativa de que responder producirá alivio va disminuyendo hasta desaparecer, por lo que la iniciación de respuestas voluntarias se reduce hasta quedar totalmente anulada, desapareciendo la motivación por el ejercicio de la tarea. Dicho de otro modo, la incontrolabilidad disminuye la motivación para iniciar respuestas voluntarias (Peterson, Maier y Seligman, 1993; Seligman, 1975; Yela y Gómez, 2000).

En la inmensa mayoría de las investigaciones realizadas con el fin de estudiar el déficit motivacional, se ha considerado a este como un mediador de los déficit de rendimiento -mayor latencia de respuesta y menor número de respuestas- (Costello, 1978; Roth, 1980; Tennen, Guillén y Drum, 1982; Yela, 1995), existiendo pocos estudios que evalúen de forma directa el papel de la motivación, examinando las actitudes de agrado por la tarea (a través de cuestionarios o autoinformes) y la persistencia en la actividad (Tennen et al., 1982; Oakes y Curtis, 1982). Los autores que han contado con autoinformes para valorar directamente el interés del sujeto por la tarea que debe realizar, han encontrado que existe una disminución progresiva de la motivación de los individuos a la hora de llevar a cabo la tarea (Roth, 1980; Yela, 1994; 1996). Esta disminución progresiva del interés parece referirse principalmente a la motivación intrínseca del sujeto (Yela, 1994).

Los déficit motivacionales han sido ampliamente demostrados empíricamente en un gran número de especies -peces, pájaros, ratas, ratones, gatos, primates-, incluyendo los humanos (Albert y Geller, 1978; Griffith, 1977; Pasahow, 1980).

4.6.2. Déficit cognitivos o de aprendizaje

El principal déficit cognitivo -también conocido como déficit asociativo- consiste en la adquisición de una expectativa de independencia entre respuesta y consecuencia, que se traduce en una dificultad para aprender que las conductas propias generan un resultado en una situación controlable (e.g. Yela et al., 1996). Por lo tanto, cuando un organismo aprende, ante una situación de incontrolabilidad, que una determinada consecuencia es independiente de la respuesta emitida, le resulta más difícil aprender posteriormente que sus respuestas producen algún resultado.

La independencia entre respuesta y resultado se aprende de forma activa y, como cualquier otro aprendizaje realizado activamente, produce una interferencia en el aprendizaje de las contingencias contrarias, es decir, interfiere con el aprendizaje de la dependencia respuesta - resultado, dando lugar a un retraso o incapacidad para realizar posteriores aprendizajes de éxito.

Según Minor y sus colaboradores (1984) el déficit cognitivo puede deberse a que los estímulos aversivos producen o bien un déficit atencional - perceptual, es decir, los organismos no atienden a las pistas relacionadas con su propia respuesta, y por lo tanto no asocian su respuesta con el estímulo aversivo, o bien un déficit de expectativa, el cual hace referencia a que los organismos tienen un sesgo expectacional, por lo que no esperan que haya contingencia respuesta - resultado en un futuro.

Peterson y sus colaboradores (1993) mantienen que, tras la exposición a sucesos incontrolables, los sujetos atienden menos a las pistas asociadas a su respuesta y no las asocian con la terminación del estímulo aversivo. La disminución de la atención a estas

pistas, consideradas internas, hace que se incremente la atención a pistas externas, lo que interfiere con su aprendizaje si existen pistas externas y estas son irrelevantes.

Además, la investigación existente muestra que tras la exposición a situaciones incontrolables aparece una disminución de la percepción de control (Hiroto y Seligman, 1975; Klein et al., 1976; Klein y Seligman, 1976a, b; Miller y Seligman, 1975; Yela, 1995) y de las expectativas de éxito futuro (Miller y Norman, 1979; Pasahow, 1980; Yela, 1995; Yela et al., 1996).

En seres humanos, la indefensión aprendida produce la llamada *disposición cognitiva negativa*, según la cual, el individuo cree que el éxito y el fracaso son independientes de sus acciones, y por lo tanto aparece una dificultad para aprender que sus respuestas han sido y serán eficaces, aún cuando realmente lo hayan sido (Seligman, 1975).

Para verificar empíricamente este fenómeno se han utilizado, entre otras, tareas de resolución de anagramas, test de inteligencia, tareas de sustitución de dígitos y letras o tareas de decisión léxica (e.g. Cemalcilar et al., 2003), empleando como elemento de medida el tiempo que tarda el sujeto en resolver la tarea y el número de errores cometidos.

4.6.3. Déficit emocionales

La experiencia de incontrolabilidad también produce cambios emocionales (Seligman, 1975; Peterson, Maier y Seligman, 1993; Yela et al., 1996; Yela y Gómez, 2000). Conocer que uno no controla los hechos crea un estado de ansiedad (Short y Maier, 1993), miedo o apatía (Labrador, 1992) que persistirá hasta que: a) el sujeto

aprenda que puede controlar el suceso, y por lo tanto la ansiedad disminuya o incluso desaparezca totalmente, o b) el sujeto sea consciente de que no puede controlar el estímulo aversivo, este estímulo persista en el tiempo y el miedo o la ansiedad den paso a la depresión (Peterson, Maier y Seligman, 1993; Seligman, 1975; Swendsen, 1997).

Waikar y Carke (1997) afirman que es a partir de la expectativa de falta de control sobre los resultados futuros cuando emerge la ansiedad, incrementándose así el nivel de arousal y apareciendo hipervigilancia cuando el sujeto se prepara para nuevos acontecimientos. Por el contrario, en el caso de que se conozca con certeza que los resultados futuros son negativos el síndrome que aparece está constituido por una mezcla de ansiedad y depresión.

A parte de la ansiedad y el miedo, se ha encontrado que la exposición a una estimulación negativa inescapable puede provocar la aparición de ira (Cole y Coiné, 1977; Coine et al., 1980; Gatchel, Paulus y Maples, 1975; Griffin, 1977; Miller y Seligman, 1976; Peterson, Maier y Seligman, 1993; Roth y Kubal, 1975; Tennen, Guillén y Drum, 1982), siendo altamente probable cuando se realiza una atribución externa ante el fracaso. Bodner y Mikulincer (1998) sostienen que cuando se considera el culpable del fracaso a uno mismo los sentimientos que se generan son de tristeza, mientras que cuando el foco de atención se dirige hacia otro agente amenazante surge ira. Por el contrario hay autores que defienden que la aparición de la ira está relacionada con atribuciones causales de carácter interno (Rotenberg, Kim y Herman-Stahal, 1998; Weiner, 1985, 1992), o con atribuciones inestables (Mikulincer, 1994).

La ansiedad, la depresión y la ira son tres emociones estrechamente relacionadas entre sí (Bodner y Mikulincer, 1998; Camuñas et al., 1999; Peterson et al., 1993; Rotenberg et al., 1998). Estas tres emociones comparten una valencia negativa,

lo que puede explicar su elevada correlación, pero también se puede explicar su asociación atendiendo a otro posible punto en común: la existencia de un mismo estilo atribucional común para los hechos de carácter negativo asociado a la aparición de estas tres emociones negativas, es decir, el estilo atribucional característico de la indefensión aprendida.

Las situaciones de incontrolabilidad también producen un decremento de los sentimientos de felicidad, confianza y satisfacción (Yela, 1995; Yela et al., 1996), y pueden generar fobia ante situaciones o estímulos nuevos (Job y Barnes, 1995), lo que provoca que la conducta de exploración de los sujetos se reduzca de manera considerable.

Se han estudiado distintos parámetros fisiológicos que acompañan a estos déficit, como por ejemplo la conductancia de la piel -que se ve reducida en los sujetos con indefensión aprendida- (e.g. Gatchel et al., 1975), las úlceras de estómago y otras alteraciones gástricas -que son una medida bastante fiable de la emocionalidad, apareciendo un mayor número de úlceras en ratas indefensas que manifiestan ansiedad- (e.g. Levis, 1976; Overmier y Murison, 1993; Steptoe y Appels, 1989), o la disminución del apetito y el peso en ratas que no pueden controlar la descarga que les está siendo aplicada (e.g. Dess et al., 1989; Yela, Salgado, Gómez y Santamaría, 1996, 1998; Yela, Gómez y Salgado, 2001a, b).

Todos estos déficit se ven acentuados por las expectativas que tienen los sujetos de sufrir indefensión. De este modo, los individuos con expectativas altas de indefensión presentan mayores sentimientos de frustración, de depresión y de vergüenza, y un menor número de respuestas en comparación con los sujetos con bajas expectativas generales de indefensión (Yela et al., 1996). Además, las personas con un

bajo nivel de expectativas de indefensión consideran que en una futura tarea los resultados dependerán en mayor medida de su propia actuación y comportamiento.

En resumen, la incontrolabilidad de los sucesos aversivos provoca un amplio abanico de déficit, que aparecen en una gran variedad de circunstancias y especies:

- ✓ Reduce la motivación para controlar el resultado.
- ✓ Interfiere en el aprendizaje de que existen respuestas que controlan los resultados.
- ✓ Si el resultado es traumático produce ansiedad y miedo durante un tiempo, ùdiendo dar paso posteriormente a la depresión.
- ✓ Se produce interferencia proactiva, es decir, haber aprendido la independencia entre respuesta y resultado hace más difícil aprender que las respuestas pueden producir resultados.
- ✓ La incontrolabilidad distorsiona la percepción de control.
- ✓ En humanos aparece disposición cognitiva negativa.

4.7. BASES FISIOLÓGICAS DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

La investigación acerca de las bases bioquímicas, neurales, fisiológicas en definitiva, se ha centrado en los cambios neuronales y neuroquímicos que pueden ser causados por la incontrolabilidad, y en el hecho de si estos cambios median las variaciones comportamentales que aparecen en la indefensión aprendida. Son muchos los mediadores biológicos de la indefensión.

En este apartado nos centraremos en el papel que la norepinefrina, el GABA, los opiáceos endógenos y otros transmisores, neuromoduladores y hormonas tienen en el fenómeno de la indefensión.

4.7.1. Norepinefrina

Las primeras investigaciones sobre las bases neuroquímicas de la indefensión aprendida surgieron en la década de los 70, y se centraron en el papel que desempeña la norepinefrina, principal neurotransmisor colinérgico. Este neurotransmisor está localizado casi de forma exclusiva en un grupo de núcleos del puente de Variolo y la médula. El núcleo más estudiado es el *locus coeruleus*, ya que sus neuronas contienen el 80% de la norepinefrina total del cerebro, y sus terminales axonales se expanden sobre una amplia área.

Weiss y colaboradores (1981) encontraron que la norepinefrina cerebral se veía reducida cuando el sujeto era expuesto a sucesos incontrolables, mientras que si el hecho era controlable esta sustancia aumentaba. Estos autores argumentaron que la disminución de la norepinefrina podía ser la explicación de la indefensión aprendida, la responsable de los déficit de aprendizaje, de la disminución del nivel de activación general y de los déficit motores, ya que la norepinefrina regula diversas funciones generales, tales como el arousal o el estado de ánimo.

En 1986 Weis y Simson, demostraron a través de sus investigaciones que las variaciones de norepinefrina en el locus coeruleus eran cruciales en la indefensión aprendida. Este núcleo contiene los cuerpos celulares de las neuronas de norepinefrina, y estos cuerpos celulares tienen receptores de esta misma sustancia, por lo tanto, si la

norepinefrina activa esos autoreceptores produce el efecto de inhibir la actividad de dicha neurona, por lo que la norepinefrina liberada en el locus coeruleus inhibe la actividad de sus propias neuronas. Esta reducción de norepinefrina en determinadas regiones cerebrales se ha encontrado en gran cantidad de investigaciones (e.g. Anisman, Suissa y Sklar, 1981; Petty et al., 1996).

Las consecuencias biológicas de las exposiciones a sucesos incontrolables varían en función de si dicha exposición es crónica o aguda, ya que la norepinefrina no se comporta de igual manera (Weiss, Glazer y Pohorecky, 1976). Si la exposición es breve se incrementa la utilización de norepinefrina en el cerebro hasta el punto en que este nivel deja atrás la síntesis de nueva norepinefrina, momento en el que se produce una disminución. La depleción de esta sustancia se recobra en pocos días, desapareciendo así los déficit ocurridos. Pero la simple exposición del sujeto al contexto en el cual ha tenido lugar la situación de incontrolabilidad hace que vuelva a aparecer una depleción de la norepinefrina, por lo que vuelven a surgir los déficit de la indefensión (Maier, 2001a).

La reducción de norepinefrina parece ser una condición necesaria pero insuficiente para producir el comportamiento indefenso, por lo que es necesario apelar al estado cognitivo de la indefensión. La disminución de la norepinefrina no tiene porqué implicar que la cognición no existe, sino que es un correlato de ésta, ya que hay datos que no se pueden explicar con la teoría de la disminución de este neurotransmisor y sí con la teoría cognitiva, aunque el hallazgo de la disminución de esta sustancia puede ayudar a las explicaciones cognitivas de la indefensión.

4.7.2. Serotonina

La serotonina también juega un papel central en lo que se refiere a la neuroquímica de la indefensión aprendida (Wu et al., 1999).

Al igual que la norepinefrina, la serotonina también se ve reducida tras la exposición a un estímulo aversivo inescapable, estando esta reducción muy patente en el *núcleo del rafe* (Amat et al., 2001; Amat et al., 1998a, b; Grahn et al., 1999; Maier et al., 1995; Petty et al., 1996). El efecto que produce este cambio en los niveles de serotonina hace que la proyección de dicho neurotransmisor durante la fase de escape se reduzca, por lo que parece estar implicado en el fallo en la tarea de escape al estímulo aversivo (Amat et al., 1998a, b). Los bajos niveles de serotonina se recuperan en unos días, lo que da cuenta del curso temporal de la interferencia con la respuesta de escape (Maier, 2001).

Al igual que ocurre con la norepinefrina, la exposición a las claves contextuales que estaban presentes durante la aparición del estímulo inescapable hace que vuelvan a emerger los cambios en el nivel de serotonina (Maier, 2001), y la re-exposición a dichas claves puede generar una mayor duración de las secuelas comportamentales, debido al mantenimiento de las consecuencias neuroquímicas producidas por el estímulo inescapable (Maier, 2001; Weiss et al., 1981).

4.7.3. GABA

Las primeras investigaciones realizadas con el fin de conocer el papel del GABA en la indefensión aprendida fueron los estudios llevados a cabo por Petty y Sherman en 1981. Este neurotransmisor es el mayor inhibidor del cerebro, el más

abundante y se encuentra distribuido por todo el sistema nervioso. Al igual que en los casos anteriores, el nivel de GABA disminuye tras la exposición a sucesos incontrolables, alcanzando unos niveles más reducidos que los encontrados en sujetos que no han sido expuestos a sucesos de este tipo (Drugan et al., 1989; Petty y Sherman, 1981; Petty et al., 1996). Además, se ha encontrado en un experimento con ratas, que la inyección de GABA en el hipocampo hace que los déficit de aprendizaje desaparezcan, mientras que cuando es inyectado un receptor antagonista de este neurotransmisor se producen los efectos propios de la indefensión (Peterson, 1993).

Las benzodiazepinas tienen la propiedad de facilitar la acción del GABA, y se ha comprobado, que la administración de estas sustancias antes de la exposición a un estresor reduce la ansiedad y el miedo, relaja los músculos y reduce la fatiga cerebral (Paul, Maranfos y Skolnick, 1981), además de prevenir los déficit de aprendizaje (Drugan, Ryan, Minor y Maier, 1984).

A partir de los datos recogidos en los diferentes estudios llevados a cabo para conocer el papel específico del GABA se puede afirmar que las sustancias que interfieren con su transmisión y producen ansiedad pueden generar los efectos de la indefensión aprendida, mientras que las que facilitan dicha transmisión y reducen la ansiedad, pueden prevenir dichos efectos.

4.7.4. Opiáceos endógenos

Los opiáceos tienen una función analgésica, y se ha comprobado que la exposición a sucesos incontrolables activa los sistemas analgésicos, produciendo cambios a largo plazo en los sistemas de opiáceos endógenos (Hemingway y Reigle,

1988; Maier, 1986; Stuckey et al., 1989), siendo la analgesia producida por esta exposición tan potente como la producida por cantidades moderadas de morfina (Jackson, Maier y Coon, 1979). El substrato fisiológico responsable de este estado permanece sensible de 48 a 72 horas después de que se produzca la exposición, y durante este periodo de tiempo un estresor insuficiente por sí mismo para producir el estado analgésico puede generarlo. Este efecto únicamente se consigue ante la exposición a un shock inescapable, no apareciendo ante shocks escapables o controlables.

Los antagonistas opiáceos, tales como la naloxona o la naltrexona, bloquean este efecto analgésico, y por lo tanto los efectos de la indefensión aprendida (Whitehouse et al., 1983).

4.7.5. Otras sustancias

Parece que la acetilcolina, la dopamina y algunas hormonas, como los corticoesteroides, están implicados en la aparición de la indefensión aprendida, ya que los experimentos demuestran que estas sustancias se alteran principalmente por estresores que varían en su grado de controlabilidad, y la manipulación farmacológica de estas, previa a la exposición, altera el impacto que el estresor tiene en el organismo (Peterson, 1993).

4.8. HIPÓTESIS EXPLICATIVAS DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

Además de la teorías original y reformulada de la indefensión aprendida, hay otras hipótesis y teorías que intentan explicar este fenómeno. Es en ellas en las que vamos a centrar ahora la atención, teniendo en cuenta que todas ellas son parcialmente correctas y no son mutuamente excluyentes.

4.8.1. Hipótesis de la inactividad inducida por estrés

La hipótesis de la inactividad inducida por estrés constituye una explicación neuroquímica de la indefensión aprendida. Según esta teoría los efectos de la indefensión están producidos por una disminución en los niveles de norepinefrina causada por el estrés (Weiss, Glazer y Pohorecky, 1976). Weiss y sus colaboradores (1976) comprobaron que la norepinefrina, y otras sustancias neuroquímicas (como la dopamina y la acetilcolina), se veían alteradas cuando el sujeto era expuesto a diferentes estresores (Glazer et al., 1976; Weiss et al., 1975; Weiss, Glazer, Poliorecky, Brick y Miller, 1976), lo que se traducía en déficit motores manifestados en la mala o pobre actuación del sujeto ante una tarea posterior.

Estos autores argumentaron que el déficit de aprendizaje era generado por esta disminución de norepinefrina, la cual era suficiente para producir los efectos de la indefensión sin tener que apelar al aspecto cognitivo. Weiss (1975, 1980) sostiene que al ser expuestos a estímulos aversivos incontrolables los animales sufren un déficit de actividad noradrenérgica central, causada en parte por la disminución de norepinefrina, lo que limita al sujeto en sus actividades motoras, sobre todo en el aprendizaje y ejecución de respuestas nuevas. Por este motivo, esta hipótesis mantiene que el déficit

de aprendizaje no se debe a que los sujetos consideren que están indefensos, sino que su causa es el decremento del nivel de norepinefrina, el cual dificulta el aprendizaje de conductas de evitación del estímulo aversivo. Así, esta formulación plantea que los déficit aparecidos se deben a un proceso no asociativo más que asociativo.

Glazer y Weiss (1976) propusieron un modelo dual en el cual pretendían dar cuenta tanto de los efectos transitorios de la indefensión (de 24 a 48 horas) como de los efectos a largo plazo (Seligman y Weiss, 1980). Los efectos transitorios, producidos por estímulos aversivos de alta intensidad y corta duración, eran explicados con la hipótesis neuroquímica, ya que la duración de los efectos es aproximadamente la misma que la duración del descenso de norepinefrina y acetilcolina producidos. Los déficit no transitorios, que aparecen tras la exposición a estímulos aversivos de baja intensidad y larga duración, podían ser explicados con la hipótesis de la inactividad aprendida.

Pero la indefensión aprendida es un fenómeno en el cual intervienen diferentes procesos, y todos ellos no pueden ser explicados con la hipótesis neuroquímica, por lo que es necesario introducir otras explicaciones.

4.8.2. Hipótesis de la inactividad aprendida

Cuando los sujetos son expuestos a estímulos aversivos incontrolables de larga duración (más de 5 seg.) aprenden a ser inactivos, ya que la terminación del estímulo coincide casualmente con un período de inactividad, produciendo así un déficit de tipo conductual. Sin embargo, con estímulos de menos de 5 seg. no aparece este efecto, ya que éste es el tiempo que se requiere para que desaparezca la movilidad inducida. Con

exposiciones largas a estímulos aversivos se produce un reforzamiento accidental de las respuestas de inmovilidad, y aparece un efecto de interferencia, lo que se transfiere a la fase de prueba (Anisman et al., 1978; Glazer et al., 1976). Altenor y Kay (1980) refutaron esta hipótesis, ya que encontraron déficit con descargas de una duración de 3 segundos.

La hipótesis de la inactividad aprendida mantiene que la inactividad aparece porque ha sido reforzada, no porque el sujeto aprenda que responder es inútil.

Lo que sucede es que hay una respuesta incompatible entre la inactividad aprendida en la fase de pretratamiento y la respuesta que tiene que dar el sujeto en la fase de prueba. Diferentes autores han propuesto distintas teorías dentro de esta línea, todas ellas basadas en las respuestas motoras competidoras (Anisman y Waller, 1973; Bracewlee y Black, 1974; Glazer y Weiss, 1976; Lewis, 1976).

Hay tres formas de aprender una respuesta en la fase de tratamiento que será incompatible con la respuesta requerida en la fase de prueba:

- ✓ Reforzamiento supersticioso: en el momento en que finaliza el estímulo aversivo ocurre de forma casual una respuesta motora determinada, lo que hace que esa respuesta sea reforzada.
- ✓ Castigo supersticioso: las respuestas activas son ocasionalmente castigadas por el comienzo del estímulo aversivo, lo que disminuye su probabilidad de ocurrencia en situaciones posteriores.
- ✓ El sujeto intenta reducir el impacto del estímulo aversivo con una respuesta motora específica, la cual puede interferir con la respuesta requerida en la fase de prueba.

Lo que defiende la teoría de las respuestas motoras competidoras es que la indefensión aprendida se debe a la alteración periférica del repertorio de respuesta y no a un cambio central del organismo entero como propuso Seligman. Los animales expuestos a descargas escapables e inescapables no difieren en motivación o cognición, sólo en la respuesta motora específica que han aprendido para hacer frente a un estímulo aversivo.

4.8.3. Teoría de la inatención condicionada

Lubow, Weiner y Schnur (1981) proponen un acercamiento a la teoría de la indefensión aprendida partiendo de la *Teoría de la atención condicionada*, proporcionando una explicación del fenómeno de indefensión en términos de inatención condicionada al estímulo aversivo. Dicha inatención se adquiere durante la fase de pretratamiento, mostrando sus efectos negativos en la fase posterior de prueba. Ya en 1975 Lubow, Alek y Arzy, sugirieron el fenómeno de inatención condicionada para dar cuenta de los déficit de aprendizaje que se generan a partir de una pre-exposición repetida a un estímulo sin obtener ningún reforzamiento.

Según la teoría de la atención condicionada, la atención comparte todas las características de cualquier respuesta pavloviana, y se rige por las mismas leyes que el condicionamiento, excepto que el estímulo condicionado elicit la respuesta atencional en la primera presentación. Cuando el estímulo condicionado (EC ó E₁) se presenta repetidas veces seguido por otro estímulo (E₂) se produce un aumento de la respuesta atencional, ya que ambos estímulos elicitan atención. Tras varias presentaciones de ambos estímulos emparejados, la atención generada ante el E₂ puede aparecer elicitada

por la presentación del E_1 únicamente. Este incremento en la atención se debe a la atención condicionada a E_1 (Lubow, Weiner y Schnur., 1981).

De manera contraria, la inatención a un estímulo parece estar condicionada por el emparejamiento de un estímulo con la ausencia de cualquier otro estímulo o suceso subsecuente. Es decir, es la ausencia de un estímulo posterior a E_1 lo que funciona como estímulo incondicionado (EI), el cual provoca el condicionamiento de la inatención. Es entonces cuando los sujetos dejan de atender a los estímulos, y por lo tanto cesan en sus respuestas (Barber y Winefield, 1986; Lubow, Wainner y Shur, 1981; Maier y Keith, 1987).

Incluso cuando E_1 y E_2 se presentan emparejados, el incremento de la atención es temporal, ya que el E_2 no va seguido de otro estímulo posterior (E_3), por lo que se va perdiendo el poder que E_2 tiene para evocar una respuesta atencional y mantener la atención a E_1 . Por lo tanto, la atención y la inatención condicionadas se encuentran en un mismo continuo, en el cual la atención va disminuyendo lentamente tras la presentación repetida a un estímulo (E_1).

Esta explicación de los déficit generados por la indefensión no está exenta de problemas metodológicos. Uno de ellos es el hecho de centrarse únicamente en el déficit asociativo, olvidando el componente motivacional de la indefensión aprendida. Para cubrir esta laguna Lubow, Caspy y Schnur (1982) modificaron su propuesta original, afirmando que además del déficit asociativo generado por la exposición previa al EC sin un estímulo posterior, la indefensión aprendida presentaba un componente emocional y motivacional mediado por la exposición a un EI.

Otro error cometido por esta aproximación teórica es haber tratado la respuesta de escape de forma funcionalmente equivalente a un estímulo, considerando que ambos constituyen únicamente un suceso ambiental asociado con E_1 . Pero esto no es así, ya que desde el punto de vista del sujeto un estímulo contingente es un hecho externo que aparece temporalmente ligado a E_1 , mientras que la contigüidad entre dicho estímulo y la respuesta del sujeto ante él se atribuye al control que tiene el individuo por sí mismo. Así, la asociación entre E_1 y la respuesta del sujeto conlleva la aparición de otro suceso: la terminación de E_1 (Barber y Winefield, 1986).

Lubow (1989) propuso que cualquier suceso que se relacione con la descarga inescapable puede mitigar los efectos de la indefensión, ya que ayudaría a que el animal mantuviese la atención. Por lo tanto, los sujetos que experimentan situaciones incontrolables con feedback actúan como los que experimentan controlabilidad, porque siguen prestando atención al estímulo feedback. De este modo, la inatención puede prevenirse por la exposición del sujeto a otro suceso tras la presentación del estímulo aversivo (Lubow, Rosenblat y Weiner, 1981).

4.9. EXPERIMENTACIÓN EN HUMANOS

La experimentación animal ha sido muy abundante y bastante concluyente, pero ahora nos vamos a centrar en la evidencia empírica en humanos, ya que es fundamental en la investigación que nos ocupa.

Los resultados obtenidos en experimentación animal y humana son bastante paralelos, encontrando consecuencias muy similares tanto a nivel cognitivo como motivacional y emocional. Pero también encontramos diferencias, ya que en los seres

humanos las consecuencias están determinadas por el estilo de vida, las disposiciones personales y otras muchas variables que no afectan de igual modo a los animales.

El diseño experimental en humanos es igual al empleado con animales, habiendo tres grupos y dos condiciones. Los sujetos son evaluados, tras estar sometidos a diferentes situaciones en función del grupo al que han sido asignados (controlable, incontrolable y no exposición), en alguna tarea en la se puedan poner de manifiesto los déficit atribuidos a la indefensión aprendida, apareciendo dichos déficit en los individuos que han sido expuestos previamente a incontrolabilidad.

En experimentación humana se han empleado una gran variedad de procedimientos experimentales, entre los que destacan:

- ✓ Ruidos intensos desagradables u otros estímulos aversivos.
- ✓ Puzzles irresolubles.
- ✓ Resolución de anagramas.
- ✓ Tareas de decisión léxica.

Las medidas más utilizadas para comprobar la aparición de los síntomas de la indefensión aprendida han sido:

- ✓ Latencia de respuesta para medir los déficits motivacionales.
- ✓ Cuestionarios y observación conductual para medir los déficit emocionales.
- ✓ Número de ensayos necesarios para resolver el problema y número de errores cometidos con el fin de medir los déficit cognitivos o de aprendizaje. También se han utilizado los autoinformes como medida de este déficit, pero los

resultados de los estudios en los que se han empleado son inconsistentes (Alloy, 1982; Tennen, 1982).

La experimentación humana presenta una gran limitación, ya que antes de ser sometido a un experimento psicológico, un ser humano ha tenido una innumerable experiencia anterior, y esta influye de modo muy importante en los resultados del experimento.

Los experimentos difieren en muchos aspectos, tales como la muestra empleada, el tipo de suceso utilizado para inducir la indefensión, el tipo de tarea realizada en la fase de prueba, el grupo de comparación, la importancia de la tarea, etc., lo que ha dado lugar a resultados contradictorios.

4.9.1. Moduladores de la indefensión aprendida

La indefensión aprendida no es un fenómeno unitario, sino que es un producto de diferentes factores causales, es decir, un fenómeno multidimensional (Mikulincer, 1994; Overmier, 1985). Además de estar modulada por la controlabilidad y la predictibilidad, la indefensión aprendida está influida por un gran número de factores, tanto experimentales como individuales o personales.

Seligman (1975) sostuvo que la indefensión no dependía de ningún aspecto relacionado con la frecuencia, intensidad, duración o distribución temporal de la descarga, así como del lugar en el que se lleva a cabo el entrenamiento ni donde se producen los estímulos aversivos. Pero esta afirmación no se sostiene tras la experimentación llevada a cabo posteriormente (Anisman et al., 1978; Childress y Thomas, 1979) y existen diferentes autores que defienden que el fenómeno de

indefensión depende, en gran medida, de variables experimentales (Anisman et al., 1978; Maier et al., 1979).

Variables experimentales

✓ Características de la muestra

No todas las poblaciones se comportan de la misma manera ante los hechos incontrolables, por lo tanto no se pueden extrapolar completamente los resultados obtenidos en experimentos llevados a cabo con niños a poblaciones de adultos, pacientes psiquiátricos o estudiantes y viceversa.

✓ Parámetros del estímulo aversivo

Dentro de los parámetros estudiados que influyen en la indefensión aprendida destacan la intensidad de la descarga recibida (Anisman et al., 1978; Glazer y Weiss, 1976) así como la sensibilidad al estímulo aversivo (Yela y Marcos, 1988), el intervalo de tiempo entre la fase de pretratamiento y la fase del prueba y el lugar en el que se lleve a cabo el suceso aversivo (Anisman et al., 1978). Los valores que tengan cada uno de estos parámetros influyen en el surgimiento y la intensidad de la indefensión.

✓ Ambigüedad de la situación

El grado de ambigüedad de la situación a la que se enfrenta un individuo también influye en gran medida en el fenómeno de la indefensión aprendida. Así, se ha encontrado que la indefensión es más severa, sobre todo en aquellos sujetos que hacen atribuciones globales, cuando la situación de incontrolabilidad es ambigua.

✓ Presencia de compañeros

Los sujetos con un estilo atribucional externo se ven menos influidos por los resultados obtenidos por su compañero, mientras que los sujetos internos mejoran su ejecución en una segunda tarea si han experimentado el éxito de su compañero en la primera, habiendo fracasado ellos. En conclusión, los sujetos que poseen un estilo atribucional interno responden ante el fracaso con una mejora en la tarea posterior, por lo menos bajo ciertas circunstancias (Pittman et al., 1979; Ferrándiz, 1989a).

✓ Exposición al contexto donde se produjo la estimulación incontrolable

La exposición al ambiente en el cual el estímulo aversivo incontrolable ha aparecido prolonga la duración de los síntomas de la indefensión aprendida. Pero esta exposición únicamente es efectiva si se produce durante el período que sigue al estímulo aversivo, durante el cual está presente la interferencia con la respuesta de escape (Maier, 2001). Para que se produzca este efecto es necesaria la presencia de las claves que han estado presentes durante la estimulación aversiva inescapable, y no se duplica por la exposición adicional a otros estresores o ambientes estresantes (Maier, 2001a, b).

Muchos de los déficit comportamentales producidos por la indefensión se generan debido a que el estímulo inescapable induce estados de ansiedad y estrés (Maier, 1993; Minor et al., 1990). Maier (2001a, b) sostiene que la exposición a las claves del contexto hacen que surgan de nuevo esos intensos estados, lo que se traduce en términos de mayor duración de la sintomatología de la indefensión. Son los estados de ansiedad y miedo, y no el simple hecho de recordar la situación en sí, los responsables de la prolongación de los déficit.

Repetidas exposiciones a este contexto producen una prolongación definitiva de los déficit, es decir, la indefensión aprendida se hace crónica (Maier, 2001a, b).

Variables individuales

Hay un amplio número de variables que determinan cómo impacta un hecho incontrolable en la psicología y la fisiología del hombre (Baucon, 1983; Baucon y Danker - Brown, 1984; Jardine y Winefield, 1981; Baguena, 1982).

Los sujetos introvertidos muestran un mejor rendimiento que los extravertidos tras la exposición a situaciones de indefensión (Ferrándiz, Olea y Pardo, 1985), pero sólo los extravertidos mostraban el efecto de facilitación tras un entrenamiento débil en indefensión aprendida. Además, las personas agresivas, extravertidas y con un buen estado físico y psicológico, cuando experimentan un aumento en el control o predictibilidad ambiental, obtienen una mayor mejoría en su estado de salud y entusiasmo vital (Schulz, 1980).

✓ Género

El género es un moderador importante de los efectos de la indefensión aprendida, ya que entran en juego variables como el nivel de estrógenos en la hembra o el estado hormonal (Jenkins et al., 2001; Ryan y Maier, 1988). Las mujeres parecen mostrarse más indefensas que los hombres en situaciones de ejecución, siendo ellas menos persistentes y mostrando mayor daño en la ejecución.

Así mismo, las mujeres muestran una mayor tendencia que los hombres a sentir vergüenza y evitar las tareas que les resultan un reto o en las que sienten que sus

habilidades están siendo evaluadas (Dickhaeuser y Stiensmeyer, 2002; Dweck y Bush, 1976; Dweck y Gilliard, 1975). Pero no sólo les afectan más los fracasos, sino que además muestran una mayor tendencia a la generalización de los efectos negativos a otras situaciones nuevas, generando una menor expectativa de éxito en una amplia gama de dominios en comparación con los hombres (Dickhaeuser y Stiensmeyer, 2002; Dweck y Licht, 1980). Esto ocurre incluso en las tareas en las que las mujeres han demostrado tener una gran habilidad.

Por el contrario, los hombres no suelen percibir el fracaso como una falta de competencia por su parte, sino que lo ven como una falta de motivación o esfuerzo, considerando la tarea como un reto, lo que les conduce a aumentar su persistencia ante los fracasos, mejorando así su ejecución (Dweck y Licht, 1980). Además, cuando consiguen un éxito tienden a atribuirlo a sus habilidades (Nicholls, 1975). Ellos muestran una mayor tendencia a generalizar los éxitos a nuevas situaciones, mostrando más confianza y siendo ésta más difícil de disipar.

Por lo tanto, ambos sexos interpretan sus éxitos y fracasos de distinto modo y tienen diferentes puntos de vista de la implicación de sus habilidades en los resultados obtenidos. Poseen diferentes criterios para definir los éxitos y los fracasos y para predecir los resultados futuros, y difieren en la persistencia mostrada a la hora de enfrentarse a un problema.

✓ Locus de control

Como se ha señalado anteriormente, en general, los sujetos que poseen un locus de control externo son más vulnerables a la indefensión. La primera formulación de la indefensión aprendida defiende que los sujetos externos se vuelven más indefensos

porque perciben que los refuerzos no dependen de ellos de forma más firme que los sujetos internos. Por el contrario, la reformulación de la teoría mantiene que la disminución de la autoestima que se produce en los sujetos internos les hacen más proclives a la indefensión.

Por otro lado, Pittman y colaboradores (1979) encontraron en sus investigaciones que los sujetos internos intentan reafirmar su control tras una exposición leve a una situación incontrolable, pero si ésta es intensa sufren mayores efectos de indefensión que los sujetos externos. En cualquier caso, los resultados experimentales son un tanto ambiguos y equívocos, ya que influye mucho el procedimiento experimental empleado.

✓ Autocontrol

Según Rosenbaum y Ben-Ari (1985), el autocontrol es la variable que media en los fracasos incontrolables, siendo poco relevante en los éxitos del mismo tipo. Estos autores observaron que los individuos que emplean métodos de autocontrol efectivos eran menos vulnerables a la indefensión aprendida en situaciones de fracaso incontrolable.

Rosenbaum y Ben-Ari (1985) llegaron a los siguientes resultados tras el estudio de este tema más en profundidad: a) los sujetos con puntuaciones bajas en la variable autocontrol mostraban grandes déficit tras la exposición a varios fracasos incontrolables, mientras que los sujetos con puntuaciones altas no mostraban déficit tan severos; b) cuando los sujetos eran expuestos a situaciones positivas incontrolables el patrón se invertía, es decir, los sujetos con puntuaciones bajas en autocontrol

experimentaban un efecto facilitador en el éxito incontrolable, mientras que los sujetos con puntuaciones altas mostraban déficit.

4.10. INDEFENSIÓN APRENDIDA Y DEPRESIÓN

El paradigma de la incontrolabilidad de un estresor ha sido propuesto como modelo explicativo de la depresión (Weiss y Simson, 1986) y de los trastornos de ansiedad (Mineka y Zinbarg, 1996). La teoría de la indefensión aprendida puede explicar con bastante precisión estos fenómenos, ya que existe un gran paralelismo entre los síntomas de la indefensión y los síntomas de la depresión o el trastorno de estrés postraumático (Basoglu y Mineka, 1992; Foa et al., 1992), siendo más ampliamente estudiada la relación con la depresión. Estas similitudes son fácilmente apreciables en humanos, aunque no lo son tanto en animales.

A raíz de que Maier y Seligman (1974) y Seligman (1975) argumentaran que los síntomas de la depresión encajaban en los síntomas de la indefensión aprendida, se comenzó a tener interés en los posibles paralelismos en las causas, tratamiento y prevención de ambos fenómenos (Peterson y Seligman, 1984, 1985).

De los seis síntomas de la indefensión que enumera Seligman (1975) todos ellos encajan con la sintomatología de la depresión (Tabla 18):

- ✓ Disminución de la iniciación de respuestas voluntarias.
- ✓ Disposición cognitiva negativa: al igual que los indefensos, las personas deprimidas muestran disposición cognitiva negativa, considerándose más

ineficaces de lo que realmente son y se plantean los pequeños retos como una meta inalcanzable y llena de obstáculos.

- ✓ Curso temporal: ambos fenómenos se disipan con el tiempo.
- ✓ Agresión disminuida: las personas indefensas y las deprimidas son menos competitivas y más pasivas.
- ✓ Pérdida de apetito, pérdida de peso y deficiencia social y sexual.
- ✓ Cambios fisiológicos: en ambos casos se encuentra disminución de norepinefrina, y es posible que también aparezca una actividad colinérgica aumentada. Los cambios neuroquímicos son similares, y todas las drogas que son capaces de eliminar la depresión eliminan los síntomas de indefensión aprendida en animales.

Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la MAO y los shocks electroconvulsivos han demostrado mitigar la indefensión en ratas y perros (Dorworth y Overmier, 1977; Martin, Soubrie y Simon, 1988; Porsolt, Anton, Blavet y Jalfre, 1978; Sherman y Petty, 1980). Del mismo modo, las drogas inefectivas en la depresión lo son también en la indefensión.

La reformulación de la teoría de la indefensión (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) ofrece una explicación más aproximada de la depresión, ya que introducir el concepto de *estilo atribucional* ayuda a dar cuenta de un gran número de síntomas de ésta.

	INDEFENSIÓN APRENDIDA	DEPRESIÓN
SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasividad ✓ Dificultad para aprender que las respuestas producen alivio ✓ Se disipa con el tiempo ✓ Falta de agresión ✓ Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficit sociales y sensuales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasividad ✓ Disposición cognitiva negativa ✓ Curso temporal ✓ Hostilidad introyectada ✓ Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficit sociales y sensuales

Tabla 18. *Síntomas de la indefensión aprendida y la depresión. Extraído de Seligman (1975).*

Distintos autores se plantean la cuestión de por qué no todo el mundo se vuelve indefenso o deprimido tras una experiencia incontrolable (Alloy, Peterson, Abramson y Seligman, 1984, Lloyd, Metalsky, Abramson, Seligman, Semmel y Peterson, 1982), y lo que aclara esta reformulación es que las personas susceptibles de sufrir indefensión interpretan los sucesos de carácter negativo o fracasos de manera interna, estable y global, y los éxitos de forma externa, inestable y específica, lo que se ha denominado *estilo atribucional depresivo* o *estilo atribucional pesimista* (Hollon y Garber, 1980; Klein et al., 1976; Peterson, Raps y Villanova, 1985; Peterson y Seligman, 1984; Seligman et al., 1979; Sweeney, Anderson y Bailey, 1986). Frente a este patrón encontramos el *estilo atribucional optimista*, caracterizado por atribuir los sucesos negativos a causas externas, inestables y específicas, y los éxitos a causas internas, estables y globales (Seligman, 1991).

La reformulación mantiene tres hipótesis que se pueden resumir en la afirmación de que el *estilo explicativo pesimista* constituye un factor de riesgo para la depresión:

1. La gente que posee un estilo explicativo depresivo tiene un gran riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida.
2. Las personas con un estilo explicativo no depresivo, aunque se encuentren deprimidos en algún momento, tienen menor tendencia a la depresión.
3. La intervención en el estilo explicativo repercute en la depresión, disminuyendo su probabilidad.

Pero estas hipótesis no son corroboradas en su totalidad por todas las investigaciones realizadas al respecto. Por ejemplo, Isaacowitz y Seligman (2001), en un estudio llevado a cabo con el fin de conocer si el estilo atribucional pesimista constituye un factor de riesgo para padecer depresión, encontraron que, al contrario de lo que ellos pensaban, las personas con un estilo optimista mostraban niveles más altos de depresión a los seis meses y un año tras un hecho vital de carácter negativo en comparación con aquellos individuos que poseían un estilo pesimista. Por el contrario, los optimistas que no experimentaban ningún suceso vital negativo mostraban niveles de depresión muy bajos, mientras que los pesimistas, en estas mismas condiciones, tendían a experimentar niveles intermedios de síntomas depresivos.

En 1995 Abramson, Alloy y Metalsky proponen la *Teoría de la depresión por desesperanza (Hopelessness theory of depression)*. Esta teoría, considerada un modelo cognitivo de diátesis de la depresión por estrés, propone que una serie de causas

interactuando entre ellas son suficientes para hacer surgir un tipo específico de depresión: la depresión por desesperanza.

Existen tres estilos inferenciales que contribuyen a causar depresión. Estos son:

- ✓ Tendencia a atribuir los sucesos negativos a causas estables y globales.
- ✓ Tendencia a percibir que los acontecimientos negativos tienen un amplio número de consecuencias negativas.
- ✓ Tendencia a inferir características negativas sobre sí mismos cuando ocurren sucesos negativos.

Así, estas inferencias concretas sobre las causas, consecuencias y actuación propia tras un acontecimiento de carácter negativo contribuyen de manera importante al surgimiento de la depresión (Abela y Seligman, 2000).

Esta teoría considera que la desesperanza es la causa suficiente para la aparición de la depresión, siendo definida dicha desesperanza como la expectativa de que los sucesos negativos ocurrirán en el futuro o que los hechos positivos no acontecerán, unida a la expectativa de que uno mismo no puede hacer nada por cambiar esto (Abela y Seligman, 2000). De este modo, la etiología de la depresión que defiende la teoría de la desesperanza es la siguiente:

1. Los sujetos con un estilo inferencial de tipo depresivo tienen una mayor tendencia que los individuos que no poseen dicho estilo a realizar inferencias de carácter estable y global de las causas del suceso aversivo al que se enfrentan, así como a percibir características negativas de ellos mismos tras experimentar un suceso negativo.

2. El hecho de hacer este tipo de inferencias en una situación negativa particular incrementa la probabilidad de desarrollar desesperanza.
3. Una vez que la desesperanza se ha desarrollado, la depresión desesperanzada es inevitable.

Esta teoría es un modelo de diátesis de la depresión por estrés, y, por lo tanto, en ausencia de sucesos negativos (estrés), los sujetos que poseen un estilo inferencial depresivo (diátesis o predisposición) tienen la misma probabilidad que los sujetos que no tienen ese estilo inferencial de padecer depresión (Abela y Seligman, 2000). Esta teoría ha sido investigada por otros autores, siendo sus resultados coincidentes en los aspectos fundamentales de la misma (Joiner y Wonderlich., 1995; Metalsky, et al., 1982; Metalsky et al., 1987; Metalsky et al., 1993; Metalsky y Joiner, 1992a).

4.10.1. Prevención y terapia de la depresión y la indefensión aprendida

La indefensión aprendida y la depresión pueden prevenirse con una exposición previa a sucesos controlables. Los sujetos que son especialmente vulnerables a la depresión probablemente han tenido una larga experiencia de falta de control sobre su ambiente a lo largo de sus vidas, mientras que los individuos resistentes a la depresión han tenido un gran control sobre sus reforzadores y sobre su vida en general, lo que les ha proporcionado una sensación de dominio sobre el ambiente.

Con respecto a la curación, la forma más eficaz de eliminar la depresión y la indefensión aprendida es la exposición forzada al hecho de que las respuestas producen un resultado. La introducción de atropina en el septum también es eficaz a la hora de

eliminar los efectos de ambos fenómenos, y la descarga electroconvulsiva es eficaz en muchos casos de depresión e indefensión aprendida (Doroworth y Overmier, 1978).

Ambos fenómenos se disipan con el tiempo, y si se invierten las condiciones que los originaron se facilita la recuperación. En general la indefensión desaparece cuando los objetivos deseados están de nuevo al alcance, cuando cambia el modo de conseguirlos, cuando se renuncia a ellos o cuando se vuelve a tener una autoestima adecuada con la ayuda de diversos mecanismos de recuperación.

Diferentes autores han propuesto terapias para la depresión con el fin de cambiar la disposición cognitiva negativa por otra más positiva, haciendo que el sujeto llegue a confiar en su respuesta. En general, la meta central del tratamiento de la depresión es que el sujeto recupere la confianza en su capacidad para controlar los acontecimientos relevantes para él.

4.11. INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SALUD

A través de investigaciones llevadas a cabo con la medición de respuestas fisiológicas, tales como la conductancia de la piel o la tasa cardíaca, se han conocido los efectos somáticos que produce la falta de control. La indefensión aprendida está relacionada con la reducción de los niveles tónicos de conductancia de la piel y con una actividad electrodérmica más espontánea (Breier et al., 1987), lo que se traduce en un incremento del arousal, que puede resultar en un aumento de la ansiedad y el miedo, aspectos que aparecen en la indefensión.

En la indefensión aprendida intervienen diferentes componentes, que engloban desde la incontrolabilidad de la situación a la pasividad y cognición del sujeto, los

cuales pueden contribuir de forma individual o combinada a empeorar el estado de salud. Con respecto al grado de controlabilidad, se ha demostrado, tanto en experimentación animal como humana, que la exposición a sucesos aversivos incontrolables puede producir mala salud y muerte prematura, ya que genera estrés, y este es dañino para la salud. La pasividad implica el no hacer nada por conseguir una buena salud y la dejadez y desinterés por los hábitos de vida saludables, lo que degenera en una mala salud física.

El papel de la cognición ha sido investigado a través de distintos tipos de estudios:

- ✓ Estudios longitudinales: en este tipo de estudios se ha puesto de manifiesto que la salud empeora más rápidamente si se tiene un estilo explicativo negativo. El estilo optimista en la vida temprana está asociado con buena salud dos o tres décadas más tarde, aunque no predice el estado de salud inmediato (Peterson, 1988).
- ✓ Estudios con enfermos de cáncer: Levy, Lee, Bagley y Lippman (1988) comprobaron que las mujeres a las que se les diagnosticó cáncer y que poseían un estilo atribucional optimista vivían más tiempo que las mujeres con la misma enfermedad y un estilo pesimista, aunque la relación entre el estilo explicativo y el tiempo de supervivencia no era demasiado intensa.
- ✓ Estudios con enfermos cardíacos: Buchanan y Seligman (1995) demostraron que los pacientes que sobrevivieron a un ataque cardíaco habían mostrado, durante los ocho años anteriores, un estilo explicativo más optimista que

aquellos que fallecieron tras el ataque, lo que nos indica que el estilo atribucional puede predisponer a una mejor recuperación tras problemas físicos.

- ✓ Estudios del sistema inmunológico: la competencia del sistema inmunológico correlaciona en cierto grado y de forma positiva con el estilo explicativo optimista (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyner, 1991) y se ve afectada por la depresión (Schleifer, Keller, y Stein, 1985).

4.11.1. Rutas por las que la indefensión aprendida afecta a la salud

La salud puede verse afectada por la indefensión a través de variables personales internas, tales como los procesos biológicos y emocionales, y externas, como las relaciones interpersonales o el comportamiento. Estas variables parecen afectar a nuestra salud de diferente modo y a través de mecanismos distintos, aunque ninguna de estas rutas puede explicar la relación entre indefensión aprendida y salud por sí sola.

- ✓ Rutas biológicas

Una de las rutas más relevantes es el sistema inmunológico, ya que su función es preservar al organismo de las enfermedades infecciosas. Muchos de los sistemas que influyen en la respuesta inmune, como el sistema endocrino y diversos sistemas neurales, están influidos por el estrés, lo que significa que la exposición a situaciones estresantes -como un suceso incontrolable- puede alterar el funcionamiento del sistema inmune (Peterson y Bossio, 1991).

Aunque el efecto del estrés sobre este sistema está claro, el papel de la controlabilidad no lo está tanto (Maier y Laudenslager, 1988), debido a que, en los diferentes estudios, la medida del funcionamiento del sistema inmunológico varía, la naturaleza del estresor también, y existen otros muchos factores que pueden determinar el funcionamiento de este sistema. Por lo tanto, sabemos que la indefensión aprendida puede influir en el sistema inmune, pero no podemos afirmar que esta relación sea muy intensa.

✓ Rutas emocionales

Entre estas rutas destaca la unión entre el estilo explicativo y la indefensión aprendida y la depresión. Un estilo explicativo optimista está asociado con estados emocionales positivos, con felicidad, alegría y diversión, mientras que un estilo pesimista desemboca en sentimientos depresivos, ansiedad, tristeza y otros problemas emocionales, como la disforia, que se manifiesta como sentimientos de culpabilidad, enfado, hostilidad, etc. Estos estados emocionales inciden de forma importante en la salud de la persona que los padece.

✓ Rutas comportamentales

El estilo atribucional influye en el modo de comportarnos que tenemos las personas, haciendo que seamos más o menos constantes en la resolución de problemas. De este modo, los sujetos con un estilo explicativo optimista se preocupan por conseguir una buena salud, haciendo frente a posibles problemas, minimizando los efectos de las enfermedades y llevando a cabo una vida más saludable (Peterson, Colvin y Lin, 1992).

Por el contrario, que los sujetos pesimistas abandonan la lucha antes y actúan de forma pasiva, lo que les puede llevar a una muerte prematura, ya que no adquieren hábitos de vida saludables y no se enfrentan de manera activa a los problemas de salud que les surgen (Peterson, 1988).

✓ Rutas interpersonales

Las personas que poseen una amplia red de relaciones interpersonales -amigos, familiares, colegas, etc.- con los que puede contar cuando se encuentran ante un problema viven de forma más saludable y durante más tiempo, y son menos susceptibles al estrés (Cobb, 1976).

Anderson y Arnoult (1985) demostraron que los sujetos pesimistas mantienen menos relaciones sociales y son más solitarios, lo que pone de manifiesto la relación entre el estilo atribucional y las relaciones interpersonales. En conclusión, la existencia de una red de amistades es un buen predictor de salud y de longevidad (House, Landis y Umberson, 1988).

4.11.2. Salud y enfermedad en animales y en humanos

Los resultados que se han encontrado en cuanto a la influencia de la incontrolabilidad en la salud son muy similares en animales y en humanos, pero también encontramos algunas diferencias, ya que la salud física está muy influida por el estilo de vida de la gente, aspecto no evaluable en el animal en cautividad. Las personas podemos elegir los comportamientos que nos lleven a conseguir buena salud y a prevenir las enfermedades, pero los animales no tienen tanta capacidad de elección.

El estrés, y en general la exposición a sucesos aversivos incontrolables, tiene una serie de consecuencias de carácter fisiológico derivadas del afrontamiento de este tipo de acontecimientos. Así, pueden producirse cambios hormonales y alteraciones en el funcionamiento del sistema inmunológico (Laudenslager et al., 1983; Mineka y Hendersen, 1985; Morméde et al., 1988; Salgado, Yela y Gómez, 1998; Salgado, Yela, Gómez y Santamaría, 1997, 1999a, 1999b; Skar y Anisman, 1979; Vera-Villarroel y Alarcón, 2000; Visitanter, Volpicelli y Seligman, 1982), lesiones gástricas (Levis, 1976; Overmier y Murison, 1993; Steptoe y Appels, 1989), enfermedades cardiovasculares (Steptoe y Appels, 1989), cáncer (Peterson, Maier y Seligman, 1993), pérdida de peso (Levis, 1976; Yela, Salgado, Gómez y Santamaría, 1996, 1998; Yela, Gómez y Salgado, 2000, 2001), etc.

Las intervenciones que aumentan el control y la predecibilidad del ambiente pueden afectar positivamente el estado de salud de las personas (Langer y Rodin, 1976; Schulz, 1976). Este hecho se puede explicar de diferentes formas:

- ✓ La intervención hace que el sujeto cambie su comportamiento en las áreas relacionadas con la salud, tales como llevar una dieta más cuidadosa, prestar más atención a los profesionales, seguir los consejos y avisos de los demás, y en general, aumentar la motivación hacia el cuidado de la salud.
- ✓ La intervención puede afectar positivamente a los estados fisiológicos internos, consiguiendo, con el aumento de la controlabilidad, que disminuya la vasoconstricción o se reduzcan las úlceras gástricas y la pérdida de peso, además de modificar los niveles de norepinefrina, amina o adrenalina (Frankenhaeser, 1976; Medels, Stern y Frazer, 1976; Reim, Glass y Singer, 1971).

4.12. MUERTE POR INDEFENSIÓN

Además de los déficit citados anteriormente, la indefensión aprendida puede llegar a provocar la muerte, lo que confirma que un estado psicológico puede ser tan grave que llegue a ser letal. Cuando un organismo, animal o humano, es consciente de que sus acciones son inútiles, de que no puede cambiar su destino, de que no hay esperanza, se hace más vulnerable a la muerte: el estado psicológico de indefensión aumenta el riesgo de muerte. Por el contrario, la creencia de que se controla el ambiente puede ayudar a prolongar la vida.

4.12.1. Muerte en animales

Diferentes estudios han comprobado que los organismos expuestos a una situación de incontrolabilidad muestran menos respuestas de competencia, e incluso de supervivencia, que los organismos que no han sido sometidos a este tipo de situaciones. Richter (1975) comprobó que, al colocar a una rata en una tinaja de agua, ésta nadaba durante 60 horas antes de ahogarse, mientras que si la rata, antes de introducirla en el agua, era agarrada por el experimentador hasta que dejaba de forcejear, viendo que no era posible escapar, sólo nadaba durante unos minutos, tras los cuales se ahogaba. Hubo sujetos que incluso murieron antes de ser introducidos en la tinaja.

Normalmente, en los mamíferos, cuando se avecina la muerte se acelera el ritmo cardíaco, por lo que se denomina muerte simpática, haciendo referencia al estado excitado del sistema nervioso autónomo simpático (taquicardia, aumento de la presión sanguínea...). Inversamente, la muerte ocurrida en los animales citados anteriormente era de tipo parasimpático o muerte por relajación. En este caso, antes de morir, los

animales mostraron una reducción del ritmo cardíaco (bradicardia) y una disminución de la presión sanguínea. Esta es una muerte causada por la desesperación, por el abandono de la lucha, la cual puede aparecer mucho después de haber estado sometido a un suceso incontrolable. Ritcher trató a algunas de sus ratas con atropina, sustancia bloqueadora del sistema parasimpático (y colinérgico) y observó que este tratamiento evitó la muerte en un número significativo de animales. Thomas y Balter (1974) emplearon esta sustancia para impedir la indefensión aprendida en gatos y Janowsky y colaboradores (1972) para remitir la depresión en humanos.

Este tipo de muerte repentina se puede prevenir mostrándole al sujeto que hay posibilidad de escapar del estímulo aversivo. Pero no tiene por qué ser suficiente un único ensayo, sino que en ocasiones hacer ver al animal que existe esa posibilidad lleva mucho tiempo.

4.12.2. Muerte en humanos

Cuando una persona considera que está predestinada a morir reacciona con pasividad, depresión y sumisión, produciéndose la muerte en cuestión de poco tiempo. Cannon (1942) fue el primer científico que prestó atención a este tipo de muertes repentinas y misteriosas, que estaban basadas en hechizos o creencias budás. En 1977, Engel presenta un gran número de casos de estas muertes y clasifica los contextos psicológicos de estas en ocho categorías, las cuales implican, en cierto grado, indefensión: enfermedad o muerte de un ser querido, duelo agudo, amenaza de pérdida de un ser querido, defunción o aniversario de defunción, y pérdida de estatus y de

autoestima. En casi todas las muertes, los estados de ánimo dominantes fueron la depresión, la indefensión, el sometimiento y la desesperanza.

También encontramos muerte por indefensión en niños y bebés. La ausencia de estimulación y la separación de su madre sufridas por un niño que está desarrollando su capacidad de control instrumental dan lugar a indefensión, por lo que no es de extrañar que el niño sea más vulnerable a la muerte.

Este fenómeno de muerte por indefensión tiene las causas en las reacciones de depresión, pasividad y sumisión con las que responde el sujeto ante la pérdida de control sobre aspectos relevantes de su vida, por lo que se siente indefenso y desesperanzado, lo que le lleva a la muerte repentina. No se ha especificado una causa física única a estas muertes, pero parece que es fundamental un ralentizamiento del ritmo cardiaco.

La comprensión de las bases psicológicas de estas muertes puede hacer que se eviten, proporcionando a los sujetos vulnerables a ellas un control instrumental vital para ellos.

4.13. PREVENCIÓN Y TERAPIA

Existe un gran número de terapias encaminadas a eliminar los efectos producidos por la indefensión aprendida a través del aumento de la autoestima, el entrenamiento asertivo, el incremento del estado emocional positivo, la aplicación de desensibilización sistemática, la asignación gradual de tareas, los programas de terapia directiva -en los que se fuerza al sujeto a que responda-, los programas de discriminación de acontecimientos, la modificación de atribuciones, las terapias

cognitivas o el uso de fármacos (e.g. Orbach y Hadas, 1982; Raps, Reinhard y Seligman, 1980).

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) y Seligman (1980) elaboraron cuatro estrategias de intervención terapéutica, las cuales incluían los siguientes aspectos:

- ✓ Cambiar la probabilidad estimada del resultado negativo: cambiar el ambiente de forma que se redujera la posibilidad de sucesos aversivos y se aumentara la de hechos positivos.
- ✓ Reducir la deseabilidad de los resultados preferidos y la de los inalcanzables, así como la aversividad de los resultados inevitables.
- ✓ Cambiar las atribuciones no realistas para los éxitos y los fracasos a atribuciones más realistas y adaptativas, consiguiendo que los fracasos se atribuyan a factores externos, específicos e inestables, y los éxitos a factores internos, globales y estables.
- ✓ Cambiar las expectativas de incontrollabilidad a controlabilidad y entrenar al sujeto en habilidades concretas para ejecutar respuestas apropiadas.

Estas cuatro propuestas de intervención encajan en el esquema de la teoría reformulada de la indefensión aprendida.

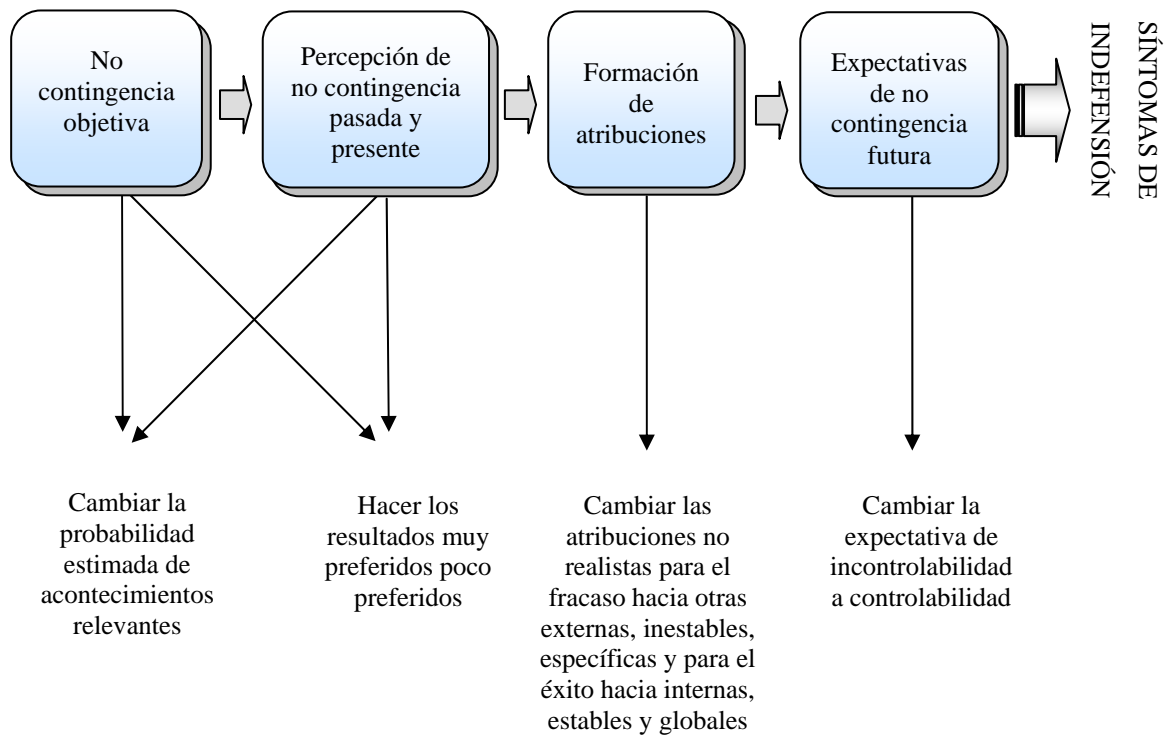


Figura 13. Propuesta de intervenciones terapéuticas en términos de la reformulación de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Hay diferentes técnicas que inmunizan a los sujetos contra los efectos de la indefensión aprendida, las cuales pueden diferir en los mecanismos implicados y en el grado en que influyen la percepción de la contingencia y las explicaciones dadas por los sujetos. A continuación se detallan las que han adquirido mayor relevancia en la investigación.

4.13.1. Experiencias previas de controlabilidad y creencia de controlabilidad

Cuando un animal es expuesto a sucesos controlables antes de ser expuesto a hechos incontrolables, el aprendizaje posterior es mejor, ya que, el experimentar la contingencia entre respuestas y resultados facilita la expectativa sobre la futura contingencia. Diferentes investigadores han demostrado la efectividad de las experiencias previas de controlabilidad en la inmunización contra los efectos de la indefensión aprendida (Buchwald, Coyne y Cole, 1978; Jones, Nation y Massad, 1977; Ramírez, Maldonado y Martos, 1992).

Seligman y Maier (1967) encontraron de los sujetos pueden ser inmunizados contra la indefensión si se les somete antes de la fase de pretratamiento a un condicionamiento de escape, lo que interfiere proactivamente con el aprendizaje producido frente a descargas inescapables. Este efecto ha sido demostrado en un gran número de experimentos (Dyck y Breen, 1978; Eckelman y Dyck, 1970; Hirt y Genshaft, 1981; Jones, Nation y Massad, 1977; Prindaville y Stein, 1978; Thornton y Powell, 1974), y es conocido como *dominio aprendido*.

Williams y Maier (1977) comprobaron que la inmunización podía transferirse de una situación a otra, siendo más efectiva cuanto más parecidas eran las situaciones (Eckelman y Dyck, 1970), aunque otros autores encontraron resultados contradictorios (Thornton y Powell, 1974) y límites en la generalización de la inmunización (Anisman, Irwin, Beauchamp y Zacharko, 1983; Rosellini, DeCola, Plorisky, Warren y Stilman, 1984; Warren, Rosellini, Plonsky y DeCola, 1985).

Por otro lado, el simple hecho de decirle a una persona que puede ejercer control sobre la situación reduce los efectos de la indefensión, y ésta reducción es más

acusada si consideramos que la persona que nos lo dice está bien informada. Inversamente, el que nos digan que un acontecimiento es incontrolable puede producir indefensión aprendida. Geer, Davison y Gatchel (1970) comprobaron que los sujetos que creían poseer control manifestaron una respuesta galvánica de la piel inferior, y una menor ansiedad que los sujetos que creían no tenerlo. Esto pone de manifiesto que es la expectativa y no las condiciones objetivas de controlabilidad lo que determina la aparición de los déficit de indefensión.

4.13.2. Control discriminativo

Cuando una persona ha aprendido en un lugar determinado que puede ejercer control sobre la situación, pero padece situaciones de indefensión en otro lugar, esta persona debe discriminar entre el diferente grado de control al que se enfrenta en ambos contextos. Si esta discriminación se produce, la indefensión de una situación no debería afectar a la actuación en otro área.

Maier (1990) mantiene que ante situaciones incontrolables aparecen, además de los déficit de rendimiento característicos, dos tipos de miedo: uno condicionado a las claves contextuales de la fase de incontrolabilidad, y otro relacionado con la sensibilización que se produce ante la presencia del estímulo aversivo (ver también Mineka et al., 1984; Jackson y Minor, 1988; Williams, 1987; Yela, Gómez y Salgado, 2001).

Por este motivo, cuando el individuo se encuentra ante una situación controlable en la que cuenta con pistas externas situacionales o claves contextuales, el sujeto es capaz de discriminar las diferentes situaciones –incontrolable vs. controlable-, lo que

palia los efectos de la indefensión en las situaciones controlables (Ferrándiz y de Vicente, 1997).

4.13.3. Señal de cese y señal de seguridad

Ferrándiz y Pardo (1990) y Ferrándiz y de Vicente (1992) comprobaron que presentar una señal después de un estímulo aversivo inescapable reduce el miedo condicionado a dicho estímulo, y por lo tanto los sujetos en esta situación se comportan de forma similar a los sujetos expuestos a descargas escapables (ver también Jackson y Minor, 1988; Minor, 1990; Mineka, Cook y Miller, 1984). Minor y sus colaboradores (1990) mantienen que la señal externa adquiere propiedades inhibitorias del miedo, ya que señala que va a venir un periodo de descanso (señal de cese).

Hay otras explicaciones para este hecho, dadas por Maier y Keith (1987) y Mineka y colaboradores (1984). Estos autores proponen que la presentación de un estímulo determinado tras la aparición de un estímulo aversivo altera la información sobre la independencia entre la respuesta y la terminación del estímulo aversivo, ya que actúa como distractor, lo que se traduce en la eliminación de los efectos negativos de la indefensión.

A raíz de la experiencia de acontecimientos traumáticos incontrolables los sujetos se vuelven indefensos, excepto en presencia de un estímulo o señal de seguridad que prediga de forma fiable que los sujetos se encuentran en una situación o un momento seguro. En ausencia de esta señal de seguridad los sujetos se muestran ansiosos, permanentemente activados a nivel fisiológico y con miedo crónico en comparación con los sujetos que sí cuentan con dicha señal (Vera-Villaruel y Alarcón,

2000). Esta hipótesis está relacionada con el concepto de predecibilidad, ya que cuando hay una señal de seguridad, el estímulo aversivo es completamente predecible, y en su presencia el sujeto está relajado, porque sabe que nada malo va a ocurrir.

Pero la hipótesis de la señal de seguridad debe ser matizada por la duración del período de tiempo de seguridad con el que cuenta el sujeto. De esta forma, los períodos de seguridad más amplios, durante los cuales el sujeto no está activado fisiológicamente, son los que consiguen un nivel más bajo de ansiedad o miedo condicionado (Yela, Gómez y Salgado, 2001).

Así, se puede afirmar que los sujetos prefieren sufrir miedo agudo (cuando aparece el estímulo aversivo pero existe señal de seguridad) que ansiedad o miedo crónico (durante todo el tiempo, ya que desconocen cuando va a aparecer el estímulo aversivo).

Parece ser la combinación de la señal de seguridad y la señal de cese la forma de inmunización más efectiva.

4.13.4. Aumento de la predecibilidad y grado de control

Lazarus y Folkman (1984) describen la situación de impredecibilidad de la siguiente forma: *“el hecho de no saber con certeza si va a ocurrir un acontecimiento determinado puede dar lugar a un dilatado proceso de evaluación y reevaluación que genera pensamientos, sentimientos y conductas conflictivas, que, a su vez, crean sentimientos de desesperanza y finalmente confusión”* (p.114).

La predecibilidad hace referencia al grado de probabilidad de que un acontecimiento aparezca a partir de una señal o clave (Yela, Salgado, Gómez y Santamaría, 1996). Pero la predecibilidad no es una cuestión de todo o nada, ya que hay situaciones en las que un estímulo puede ser predecible, pero no en un 100 por 100, por lo que no siempre se está completamente seguro de la aparición o no aparición de dicho estímulo. Este concepto se puede representar de la siguiente forma:

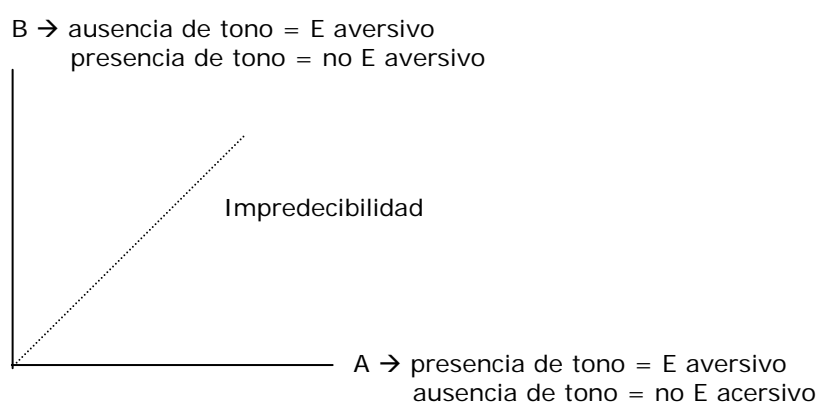


Figura 14. Representación gráfica del concepto de predecibilidad.

En el punto B, la ausencia de tono es un predictor perfecto del estímulo aversivo, al igual que la presencia de tono en el punto A, mientras que la situación contraria (aparición de tono en B y ausencia en A) predice perfectamente la ausencia de estímulo aversivo. Pero en la línea diagonal, el estímulo se presenta a veces con tono y a veces sin él, lo que hace el ambiente impredecible. De este modo, cuanto menor es el grado de predecibilidad del estímulo aversivo -es decir, más cerca de la línea diagonal se encuentra el ambiente-, mayor es el grado de incertidumbre del sujeto, por lo que se generará un mayor nivel de estrés y ansiedad, y por consiguiente de indefensión.

Jackson y Minor (1988) encontraron que los acontecimientos aversivos incontrolables predecibles no generan niveles de miedo tan elevados como los no predecibles, ya que emplear estímulos que avisen de que un suceso aversivo va a tener lugar (en el estudio de Jackson y Minor era un cambio en la iluminación) hace que, en los sujetos expuestos a estas situaciones, las reacciones de miedo y los déficit propios de la indefensión sean iguales que los que surgen en sujetos expuestos a situaciones aversivas controlables. Estos resultados han sido corroborados más tarde por diferentes autores (Ferrándiz y Pardo, 1990; Ferrándiz y de Vicente, 1992) los cuales encontraron que los sujetos que experimentaban señales de aviso en situaciones incontrolables presentaban un rendimiento similar al logrado por el grupo con controlabilidad.

En diferentes investigaciones se ha demostrado que el aumento de la predecibilidad también ejerce una influencia positiva ante situaciones apetitivas incontrolables (Ferrándiz y de Vicente, 1997; Sonoda y Hirai, 1993), atenuando el déficit asociativo generado por la indefensión aprendida.

A partir de los resultados, y de la consideración de las palabras de Lazarus y Folkman, se puede considerar que en la intervención lo que se debe hacer es intentar incrementar la predecibilidad del ambiente, ya que a mayor predecibilidad menores son los déficit de indefensión aprendida que se originan. Además, como demostraron Dess y sus colaboradores (1983), tanto los animales como las personas prefieren los acontecimientos predecibles a aquellos que resultan impredecibles.

Proporción de feedback

El hecho de proporcionar feedback a los sujetos en el entrenamiento de escape-avoidancia parece eficaz a la hora de inmunizar contra la indefensión aprendida. El feedback mejora el aprendizaje y disminuye los efectos de la indefensión aprendida (Ferrándiz y de Vicente, 1992; Jackson y Minor, 1988; Mineka, Cook y Miller, 1984; Rosellini, DeCola y Warren, 1986; Volpicelli, Ulm y Altenor, 1984). Se ha demostrado que la forma más efectiva de reducir los déficit producidos por la indefensión es mediante la aplicación de feedback en un 50% de los ensayos (Ferrándiz y de Vicente, 1995abc), ya que dicho feedback actúa como reforzador intermitente.

En cualquier caso, la aplicación de un estímulo feedback en situaciones incontrolables genera una interferencia proactiva, lo que produce una atenuación de los déficit generados por la indefensión (Ferrándiz y Vicente, 1995abc, 1997; Jackson et al., 1988; Minor, Traumer, Lee y Dess, 1990).

Hay autores que defienden que los estímulos predecibles actúan a modo de feedback (Jackson y Minor, 1988; Minor, Trauner, Lee y Dess, 1990), motivo por el que reducen la ansiedad y los déficit de la indefensión.

El efecto positivo del feedback no parece existir en todas las situaciones en las que puede aparecer indefensión. Ferrándiz y de Vicente (1997) y DeColla y sus colaboradores (1988) han demostrado que la presencia de un estímulo señal, que actúa como feedback, no afecta a las respuestas emitidas por el sujeto en una situación apetitiva no contingente, aunque sí muestra su efecto cuando nos encontramos en una prueba aversiva.

4.13.5. Programas de reforzamiento

Tratando de comparar la eficacia de diferentes programas de reforzamiento en la inversión de los déficit producidos por la indefensión aprendida, se ha podido comprobar que tanto los programas de reforzamiento continuo como los de reforzamiento intermitente son eficaces a la hora de invertir los déficit de rendimiento, siendo estos últimos los que provocan mayor persistencia de dicha inversión (Nation, Cooney y Gartrel, 1979; Yela y Marcos, 1992). Además, ambos tipos de programas mejoran considerablemente el estado de ánimo de los sujetos, disminuyendo los sentimientos de frustración y tristeza (Yela, 1996).

En la fase de tratamiento de los déficit, tanto en el caso de recibir refuerzo continuo como intermitente, los sujetos mostraban un incremento del interés por la tarea, así como de sus sentimientos de regocijo, satisfacción y confianza, no existiendo diferencias significativas entre ellos y los individuos pertenecientes al grupo de escape o al grupo control. Por el contrario, el grupo que no recibió reforzamiento en ningún momento, mostraba un detrimento del interés y de las reacciones emocionales positivas (Yela, 1996).

Según Morales y Gaviria (1990) los factores extrínsecos que demuestran la eficacia del rendimiento facilitan el interés intrínseco, puesto que las recompensas externas ofrecen información acerca de la competencia del sujeto en la tarea. Por lo tanto, en los grupos con diferente porcentaje de refuerzo (100% 70% y 50% de los ensayos) los individuos se encaminan hacia la competencia por ensayo - error, superando los fallos cometidos en los ensayos anteriores. Mientras tanto, en los grupos que no reciben reforzamiento (0%) aparecen sentimientos negativos de baja confianza, baja satisfacción y bajo regozijo (Yela, 1996).

4.13.6. Drogas

En la prevención de la indefensión aprendida también se han empleado varias drogas que actúan de forma diferente sobre los mecanismos neuroquímicos (Drugan, Ryan, Minor y Maier, 1984; Fanselow y Helmsstetter, 1988; Maier, 1990), las cuales han sido expuestas en el anterior apartado de bases fisiológicas de la indefensión aprendida.

**5. INDEFENSIÓN APRENDIDA Y
ABANDONO TERAPÉUTICO**

5. INDEFENSIÓN APRENDIDA Y ABANDONO TERAPÉUTICO

La literatura experimental acerca de la relación entre la indefensión aprendida -o alguno de sus componentes- y el patrón de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes es prácticamente inexistente. Además, la escasa investigación encontrada se centra preferentemente en cómo el locus de control -aspecto fundamental de la indefensión- influye en el abandono de la terapia, no existiendo ningún estudio que haga referencia a la indefensión aprendida como constructo global.

Por este motivo se revisarán los datos encontrados en lo que se refiere a la influencia del locus de control en el abandono terapéutico, así como de algún otro aspecto relacionado con la indefensión aprendida, como la estabilidad de las atribuciones o la desesperanza.

5.1. LOCUS DE CONTROL Y ABANDONO TERAPÉUTICO

Fuera del laboratorio se han llevado a cabo estudios que han puesto de manifiesto la relación existente entre la percepción de control, las atribuciones y las conductas de afrontamiento en pacientes diabéticos (Tennen et al., 1984), en sujetos con enfermedades renales terminales (Tennen, McCoy y McGoldrick, 1989), en niños con enfermedades crónicas (Affleck, McGrade, Allen y McQueeney, 1985; Affleck, Tennen, Pfeiffer & Fifield) y en otras alteraciones físicas, además de en trastornos mentales. Pero en casi ningún caso se presta atención a la posible implicación de estos constructos cognitivos en el abandono terapéutico.

El locus de control ha resultado útil en la predicción de la forma en que las personas hacen frente a los retos y dificultades que, a lo largo de sus vidas, van

apareciendo, habiéndose comprobado experimentalmente que este constructo correlaciona de forma fiable con los comportamientos saludables -siendo éstos más frecuentes en los individuos con locus de control interno- (Strickland, 1978) y las respuestas ante situaciones de estrés -siendo más eficaces en los sujetos que poseen un locus de control interno- (Lefcourt, 1976).

En general, los estudios que han tenido en consideración la importancia de alguno de los componentes de la indefensión aprendida en el abandono terapéutico, han tomado como referencia muestras de alcohólicos (Abbott, 1984; Canton et al., 1988; Caster y Parsons, 1977 a, b; Donovan y O'Leary, 1978; Donovan, 1986; Frank, Hoehn-Saric e Imber, 1978; Haynes y Ayliffe, 1993; Hinrichsen, 1976; Johnson, Nora, Tan y Bustos, 1991; Koski-Jaenes, 1994; Mansilla, Herrero, Moreno y Montes, 2001; Mills, 1991; Mills y Taricone, 1991; Obitz, 1978; Obitz y Swanson, 1976; Oziel y Obitz, 1975; Strickland, 1978). Por este motivo las conclusiones extraídas a partir de estas investigaciones deben ser tomadas con precaución, ya que su generalización a otras patologías no está exenta de limitaciones.

El haber centrado la investigación en pacientes alcohólicos se debe al hecho de que estos -al igual que el resto de los toxicómanos- parecen tener un control sobre su conducta de consumo muy débil o nulo (Apodaca, 1993; Canton, Giannini, Magni, Bertinaria, Cibir y Gallimberti, 1988), siendo la percepción subjetiva de dicho control fundamental en los buenos resultados del tratamiento (Conner, Black y Stratton, 1998).

*Dos posiciones enfrentadas: internalidad vs. externalidad como responsable del
abandono terapéutico*

*A. Locus de control interno como factor determinante en la adherencia
terapéutica*

La mayor parte de los estudios coinciden en una conclusión final: aquellos pacientes que a la hora de comenzar el tratamiento presentan un locus de control externo obtienen resultados más desfavorables que los que poseen un locus de control interno, ya sea la terapia recibida de carácter ambulatorio u hospitalario (e.g. Canton et al., 1988; Caster y Parsons, 1977 a, b; Jonson, Nora, Tan y Bustos, 1991; Koski-Jaennes, 1994; Millis, 1991; Millis y Taricone, 1991; Strickland, 1978; Frank, Hoehn-Saric e Imber, 1978).

Este hecho parece corroborarse en otros problemas psicológicos distintos de las adicciones, tales como niños con retraso en el desarrollo (Smith, Oliver, Boyce e Innocenti, 2000), trastornos mentales severos (Adams y Scott, 2000), ansiedad (Barlow, 1988) o el trastorno de pánico y la fobia social (Leung y Heimberg, 1996), así como en diferentes enfermedades físicas (Christensen et al, 1990; Humphries, 1998; Oldenburg, MacDonald y Perkins, 1987; Poll y Kaplan De-Nour, 1980; Rosenbaum y Ben-Ari Smira, 1986; Schlenk y Hart, 1984; Sherbourne et al, 1992; Stanton, 1987).

En cuanto a las investigaciones realizadas en enfermedades físicas existen estudios que han demostrado que los pacientes enfermos crónicos que poseen un locus de control interno muestran una mejor adherencia al tratamiento (e.g. Oldenburg,

MacDonald y Perkins, 1987; Poll y Kaplan De-Nour, 1980; Schlenk y Hart, 1984; Stanton, 1987).

Poll y Kaplan De-Nour (1980) encontraron que un mayor locus de control interno del paciente era capaz de predecir la mejor adherencia a las restricciones de dieta en pacientes con problemas renales tratados con hemodiálisis.

Estos mismos resultados, en muestras de pacientes con el mismo problema físico, encontraron Rosenbaum y Ben-Ari Smira (1986), y algunos años más tarde Christensen y sus colaboradores (1990) y Sherbourne y colaboradores (1992), autores que comprobaron que la característica individual que estaba asociada a la adherencia era la expectativa de control interno.

De forma similar, Stanton (1987) encontró que los pacientes hipertensos con un locus de control interno presentaban mejor adherencia al tratamiento prescrito, y Humphries (1998) llegó a la misma conclusión en un estudio llevado a cabo con pacientes diabéticos.

En el ámbito de la salud mental, Trice (1990) comprobó, en un grupo de adolescentes con problemas psicológicos o psiquiátricos bajo tratamiento conductual, que aquellos que tenían un locus de control interno eran más sensibles a los consejos proporcionados por el profesional que los que presentaban un locus de control externo. El hecho de que los primeros cumplan mejor dichas recomendaciones puede deberse a que se consideran responsables de su comportamiento y sus resultados, mientras que los que realizan atribuciones externas acerca de los resultados cumplen peor las recomendaciones terapéuticas. Concretamente este autor encontró que los pacientes con

un locus de control interno cumplieron un 79% de las recomendaciones frente al 46% de las cumplidas por los sujetos con locus de control externo.

Steel y sus colaboradores (2000) hallaron en un grupo de pacientes con bulimia nerviosa bajo terapia cognitivo-conductual, que los pacientes que no completaban el tratamiento eran aquellos que presentaban un nivel más elevado de locus de control externo.

Richmond (1992), por su parte, afirma que las personas que abandonan su tratamiento presentan una tendencia a atribuir a causas externas la naturaleza de sus dificultades (locus de control externo). A esta conclusión llegó en una investigación realizada con una muestra de pacientes de una clínica psicoterapéutica.

Jones (1985) encontró que el locus de control de los pacientes alcohólicos correlacionaba de forma significativa con el número de días que estos permanecían bajo tratamiento. Este autor encontró que aquellos pacientes que poseían una orientación más interna creían poseer un mayor control tanto frente a las presiones interpersonales como intrapersonales que les conducían a beber, y por lo tanto se veían más capacitados para completar el tratamiento. Por el contrario los pacientes alcohólicos que tienen un locus de control externo sentían que no eran los responsables directos de su sobriedad, sino que ésta estaba controlada por fuerzas que escapaban de su control, idea que les llevaba a abandonar el tratamiento de forma prematura.

Según Barlow (1988) la percepción de control puede tener un gran impacto en el cumplimiento terapéutico, influyendo así de manera significativa en los resultados del tratamiento, opinión que es compartida por Conner, Black y Stratton (1998).

Pero también existen investigaciones que han llegado a las conclusiones contrarias, esto es, a la relación entre locus de control externo y cumplimiento terapéutico, como veremos a continuación.

B. Locus de control interno como factor determinante en el abandono terapéutico

Existe también un amplio grupo de autores que han encontrado en sus estudios resultados que contradicen los anteriormente expuestos: son los pacientes con un locus de control externo los que con menos frecuencia abandonan su tratamiento.

Entre estos autores encontramos a Smith, Hull, Hedayat-Harris, Ryder, y Berger (1999), los cuales encontraron en una muestra de pacientes esquizofrénicos que el no cumplimiento del tratamiento aparecía asociado con un locus de control interno percibido.

En una muestra de características similares -pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo-, Myers (1997) comprobó que los pacientes que cumplían adecuadamente el tratamiento prescrito, en este caso farmacológico, mostraban un locus de control más externo que aquellos que sí cumplían la terapia, resultados que replicaron dos años después Myers y Myers (1999).

Bajo tratamiento farmacológico se encontraban también los pacientes de la muestra estudiada por McGavock, Britten y Weinman (1996), y similares a los datos de Myers (1997) fueron los resultados obtenidos por ellos. Así, los pacientes que mejor se adherían al tratamiento poseían un locus de control externo.

Estos mismos resultados encontraron Adams y Scott (2000), los cuales comprobaron, en pacientes con trastornos mentales severos, que los pacientes con un buen patrón de cumplimiento consideran que su salud está controlada por factores externos más que internos, siendo la creencia de que la salud está controlada por la suerte particularmente alta en pacientes que se adhieren al tratamiento. Una posible explicación de este hecho puede ser que estas creencias incrementan la tendencia a la adherencia con el fin de reducir el riesgo de que sucesos azarosos consigan que su mejoría no sea la adecuada (Adams, y Scott, 2000).

Hartmann (2000), por su parte, también defiende la propuesta de un peor cumplimiento por parte de los pacientes que poseen un locus de control interno, pero no encuentra en su estudio una relación consistente entre locus de control y resultado del tratamiento en ningún sentido. Hartmann propone esta hipótesis basándose en la idea de que los pacientes con atribuciones internas pueden poseer un menor reconocimiento de la necesidad de ayuda o un menor deseo de recibirla, lo que se traduciría en una peor retención de estos pacientes en el tratamiento.

En esta misma línea, Akers (1992) defiende que la aceptación por parte del paciente de su trastorno y la necesidad de ayuda están relacionadas con una orientación externa, por lo que concluye que el locus de control externo predispone a la persona para la aceptación del tratamiento.

Por último, el trabajo realizado por O'Leary y sus colaboradores (1976) muestra que los pacientes que fueron evaluados como internos al final del tratamiento presentaban peores patrones de cumplimiento del programa de tratamiento que los que poseían un locus de control externo. Estos autores, junto con Donovan y O'Leary (1978) consideran que el locus de control externo está asociado con un mayor nivel de

ansiedad y estrés, lo que puede influir de manera positiva en la motivación a la hora de cumplir con el tratamiento. Por el contrario, el locus de control interno puede hacer que los pacientes estén menos predispuestos a aceptar o desear tratamiento, ya que consideran que no necesitan ayuda de los demás.

La relación entre mayor abandono del tratamiento y locus de control interno también ha sido demostrado en pacientes con patologías no mentales, tales como la fibrosis quística (Myers y Myers, 1999), sida (Aversa, 1996) y trastornos renales (Chambliss, 1997) y cardiovasculares (Sackler, 1995)

Otro de los aspectos tratados en las investigaciones que relacionan el locus de control con el tratamiento en los trastornos de carácter psicológico es la diferencia en el grado de internalidad-externalidad antes y después de recibir tratamiento.

Según Apodaca (1993) los pacientes van evolucionando a lo largo del tratamiento hacia un locus de control más interno. En un estudio encontró que un grupo de ex-toxicómanos, consumidores de heroína, que había finalizado la terapia y no tuvo recaídas presentaba un locus de control interno en comparación con el locus de control externo que poseían los pacientes que acababan de comenzar el tratamiento, resultados que corroboraron, un año más tarde, Gutierrez, Russo y Urbanski (1994). Estos datos concuerdan con los hallazgos que otros investigadores obtuvieron con anterioridad (Butts y Chotlos, 1973; Deleon ,1973; Echeburua y Elizondo, 1988; y Obitz y Swanson, 1976).

En esta misma línea, Oziel y Obitz (1975) encontraron que los pacientes alcohólicos que reciben tratamiento se perciben a sí mismos con más control sobre su conducta de consumo y sobre su comportamiento en general.

Pero este patrón de cambio en el locus de control parece estar modulado por el género del paciente. Mansilla y sus colaboradores (2001) comprobaron, en un estudio con toxicómanos, que tanto los hombres como las mujeres presentaban antes de la desintoxicación un locus de control externo. Comparando ambos sexos tras doce meses de abstinencia, pudieron constatar que los hombres que permanecían abstinentes habían cambiado su locus de control de externo a interno tras tres meses de abstinencia, mientras que las mujeres estaban orientadas a la internalidad desde hacía tiempo. Por este motivo Mansilla, Herrero, Moreno, y Montes (2001) mantienen la opinión de que el locus de control predice la consecución y el mantenimiento de la abstinencia, de modo que cuanto antes se realicen atribuciones de carácter interno mejor será el pronóstico.

Esta idea es apoyada por Annis y Davis (1999), Solomon y Annis (1990) y Tsiboukli (1998), que afirman que los pacientes que consiguen abstenerse y mantener dicha abstinencia se caracterizan por la creencia de que tienen suficiente capacidad para hacer frente a condiciones adversas y resistir el deseo de beber.

En definitiva, como aseguran Gutierrez y Reich (1988), el cambio hacia la internalidad se debe a que la terapia ayuda a los pacientes a conseguir un locus de control más parecido al de las personas no indefensas, es decir, interno para el éxito, y externo para los sucesos negativos, aquellos que implican un fracaso.

Como hemos visto existen estudios que demuestran la asociación directa entre locus de control interno y adherencia al tratamiento e investigaciones cuyos datos demuestran que esta relación es inversa, por lo que el papel predictor del locus de control interno en el cumplimiento o abandono del tratamiento dista mucho de estar claro. Además, también hay en la literatura investigaciones que han explorado dicho papel predictor y no han podido concluir cómo influye este constructo cognitivo en la adherencia, por no encontrar diferencias significativas en las puntuaciones de internalidad-externalidad entre los pacientes que abandonan la terapia y los que cumplen con ella (e.g. Leung y Heimberg, 1996; Canton et al., 1988).

Graveley y Oseasohn (1991), no hallaron en su estudio datos que corroboraran la sensibilidad del locus de control a la hora de predecir el cumplimiento terapéutico, ni tampoco los encontraron Leigh, Ogborne y Cleland (1984) y Bowden y Twemlow (1978), en pacientes adictos al alcohol, ni Macnaughton (2000), en una muestra de niños con problemas psicológicos.

Si atendemos, de nuevo, a las investigaciones desarrolladas en el marco de salud no relacionado con la salud mental encontramos estudios que no han hallado tampoco que el locus de control prediga de forma eficaz el abandono o cumplimiento del tratamiento por parte del paciente diabético (Habboushe, 2001), o con problemas renales (Moran, 2001)

A pesar de no encontrar resultados concluyentes, Leung y Heimberg (1996) postulan -opinión compartida por nosotros- que los sujetos que poseen un locus de control externo, que consideran que no pueden controlar los sucesos, pueden no querer tomar parte en ningún tratamiento, ya que consideran que hagan lo que hagan no van a poder tomar el control de los acontecimientos.

5.2. LA INDEFENSIÓN APRENDIDA Y SU RELACIÓN CON EL ABANDONO TERAPÉUTICO

A parte de las investigaciones centradas en estudiar el papel desempeñado por el locus de control en el abandono terapéutico, muy pocas han considerado otros componentes de la indefensión aprendida y su relación con el abandono de la terapia.

Es el caso de la revisión realizada por Smith y Williams (1992) en pacientes con enfermedades físicas, en la cual ponen de manifiesto la influencia que el estilo atribucional optimista o pesimista ejerce en el abandono o cumplimiento terapéutico. Dicha influencia ha sido demostrada por Strack, Carver y Blaney (1987) en una muestra de pacientes dependientes del alcohol, ya que encontraron que aquellos que presentaban un estilo optimista cumplían mejor con el tratamiento.

Según diferentes autores, el estilo explicativo es capaz de predecir el estado de la salud, de modo que un estilo atribucional optimista está asociado con un menor número de síntomas de enfermedad (Scheier y Carver, 1985), menos visitas al médico (Peterson y Seligman, 1987), un afrontamiento más dirigido al problema concreto y un uso menor de estrategias pasivas de afrontamiento, tales como la evitación (Sheier, Weintraub y Carver, 1986).

Esta asociación parece acentuarse por el hecho de que los pacientes con un estilo pesimista presentan un menor número de comportamientos saludables -como, por ejemplo, hacer ejercicio físico regularmente-, y refieren más sucesos vitales estresantes y menor autoeficacia relacionada con su habilidad de mantener su salud en buen estado (Peterson, 1988).

Las personas optimistas esperan que los resultados que se produzcan sean positivos, e intentan enfrentarse a la situación de forma activa. Por el contrario, los

pesimistas poseen expectativas de resultados negativos y tienden a presentar un estilo de afrontamiento pasivo y dan respuestas fatalistas (Smith y Williams, 1992). Sheier y Carver (1985; 1987) argumentan que el estilo de afrontamiento más adaptativo de los optimistas puede reducir los efectos de los estresores en el ajuste emocional y la salud física. Por ello, parece lógico que los pacientes que posean un estilo atribucional optimista se adhieran mejor al tratamiento y obtengan mejores resultados terapéuticos.

Pero esta, a simple vista lógica, influencia no ha sido confirmada por algunos autores. Así, Gutierrez, Russo y Urbanski (1994), en un estudio realizado con una muestra de pacientes drogodependientes, no encontraron que existiera relación entre el estilo atribucional de los pacientes y el abandono prematuro de la terapia.

En pacientes con enfermedades físicas, Wright (1997), halló, en personas que padecían diabetes, que el estilo atribucional optimista era capaz de predecir correctamente la adherencia terapéutica, mientras que Sélter y sus colaboradores (1989) demostraron que los pacientes optimistas exhibían una mejor recuperación tras la cirugía cardíaca en comparación con los pesimistas.

Otras investigaciones realizadas con el fin de conocer la relación entre el estilo atribucional -pesimista u optimista- y la salud en general, han encontrado que los sujetos que poseen un estilo atribucional pesimista presentan una peor salud física (Peterson y Seligman, 1987; Peterson, Seligman y Vaillant, 1988), y es más probable que acudan a servicios médicos y servicios de salud mental (Peterson, 1988), además de estar asociado con un mayor índice de mortalidad (Maruta et al., 2000).

Son Steel y sus colaboradores (2000) los únicos que hacen referencia explícita en su estudio a la influencia de la desesperanza sobre el abandono terapéutico. Estos

investigadores encontraron, en una investigación realizada con pacientes con bulimia que se encontraban bajo tratamiento cognitivo-conductual, que aquellos pacientes que presentaban un nivel más elevado de desesperanza eran menos cumplidores, lo que pone de manifiesto la necesidad de centrarse en la indefensión con el objetivo de conseguir una mejor adherencia a la terapia.

No faltan investigadores que consideren que las variables que definen la indefensión aprendida son potencialmente importantes en el modo en que los sujetos se acercan a su tratamiento, por lo que éstas deberían recibir más atención en la literatura científica, ya que su papel en el abandono terapéutico dista mucho de estar claro (Smith, Oliver, Boyce y Innocenti, 2000; Hartmann, 2000; Canton et al., 1988).

Lo que sí parecen defender todos los autores es la utilidad clínica del locus de control a la hora de formular y planear la modalidad e intensidad del tratamiento (Canton, Giannini, Magni, Bertianaria, Cibir y Gallimbertí, 1988; Carlise-Frank, 1991; Echeburúa y Corral, 1986; Hartmann, 2000).

Lambert y Asay (1984) dieron cuenta en su estudio de que los pacientes con un locus de control externo tienden a beneficiarse más de las terapias directivas, mientras que los sujetos orientados a la internalidad alcanzan mejores resultados con terapias menos directivas. Este hallazgo concuerda con los obtenidos por Echeburúa (1995), Abramowitz, Roback y Jackson (1974) y Wallston, Kaplan y Maides (1976). Del mismo modo, Trice (1990) comprobó que los pacientes con un locus de control interno cumplen mejor con el tratamiento realizado con contrato conductual cuando dicho

contrato es poco estructurado, mientras que los pacientes con un locus de control externo son más cumplidores cuando los contratos son altamente estructurados.

Siguiendo esta línea de argumentación Obitz (1978) señala que los pacientes externos presentan un mejor cumplimiento si la terapia que reciben es de tipo farmacológico. Del mismo modo, Simons, Lustman, Weizel y Murphy (1985) sugieren, a partir de los datos de sus investigaciones, que los pacientes que realizan atribuciones de carácter interno prefieren ser tratados por psicólogos que los que poseen un locus de control externo, los cuales se decantan por el tratamiento psicofarmacológico.

Carlise-Frank (1991) sostiene que los pacientes que presentan un locus de control interno parecen estar dispuestos a asumir un mayor grado de responsabilidad en su salud, además de poseer un abanico más amplio de estrategias de afrontamiento y de compensación en comparación con los pacientes que realizan atribuciones externas (Sharp, Hurford, Allison, Sparks y Cameron, 1997; O'Leary, Donovan, Freeman y Chaney, 1976).

Además, el locus de control es un concepto íntimamente ligado a la autoeficacia, lo que hace pensar que las medidas de internalidad-externalidad deben corresponderse con las medidas de autoeficacia en relación con una conducta específica, la cual, lógicamente, influye de manera determinante en el cumplimiento del tratamiento (Tsiboukli, 1998).

En definitiva, parece que los sujetos que atribuyen los sucesos a causas internas manifiestan un mejor ajuste vital que aquellos que dan explicaciones externas, y son capaces de enfrentarse mejor a las posibles dificultades que se presenten a lo largo de la vida (Ashkanasy, 1985).

A modo de consideración final cabría destacar, como hace Carlise-Frank (1991), que la literatura sobre los comportamientos relacionados con los daños de salud sobrevenidos mantiene que los pacientes con locus de control interno y externo son igualmente eficaces a la hora de mejorar su conducta y cumplir con la terapia cuando son incluidos en programas de tratamiento consistentes con sus propios pensamientos de control personal. Por lo tanto, si esto no es tenido en cuenta, los sujetos pueden recibir una experiencia inconsistente con su propia forma de resolución de problemas, lo que mitigaría cualquier ventaja que su orientación atribucional pudiera proporcionarle (Hartmann, 2000).

6. FACTORES DE PERSONALIDAD DETERMINANTES EN EL ABANDONO TERAPÉUTICO

6. FACTORES DE PERSONALIDAD DETERMINANTES EN EL ABANDONO TERAPÉUTICO

El interés por parte de la comunidad científica en la relación existente entre personalidad y salud se ha centrado principalmente en tres aspectos, tal y como señalan Smith y Williams (1992):

1. El posible efecto que los rasgos de la personalidad tienen en la emergencia, desarrollo y evolución de diferentes enfermedades.
2. El modo en que las características de personalidad moderan el impacto de estresores médicos puntuales, tales como la hospitalización o las demandas adaptativas que suponen las enfermedades de carácter crónico.
3. La relación causal entre los rasgos de personalidad y determinadas conductas específicas relacionadas con la salud, las cuales pueden incrementar o disminuir el riesgo de padecer determinadas enfermedades.

Es este último aspecto el que nos interesa en este estudio, ya que pretendemos poner de manifiesto la relación existente entre los rasgos de personalidad y uno de los comportamientos relacionados con la salud más relevantes: el abandono terapéutico.

La importancia de la personalidad en este sentido ha sido subestimada en la investigación a lo largo de los años, no existiendo apenas estudios encaminados a esclarecer el papel de los rasgos de personalidad en el cumplimiento o abandono del tratamiento por parte de los pacientes, siendo prácticamente inexistentes los estudios desarrollados con poblaciones de pacientes con trastornos mentales.

6.5. INVESTIGACIÓN EN DIFERENTES CAMPOS DE LA SALUD

Dentro de los escasos estudios llevados a cabo con el fin de conocer la influencia de los rasgos y factores de personalidad en la adherencia al tratamiento prescrito, un gran número de ellos se han llevado a cabo en enfermedades físicas.

Así, encontramos estudios que relacionan la personalidad con el abandono en pacientes que padecen asma (Kinsman, Dirks y Dahlem, 1980), problemas cardíacos (Blumenthal et al., 1983; Combs, 1995; Roberts, 1983), problemas de espalda (Barclay, 1998), dolor de cabeza crónico (Evans y Blanchard, 1988; Hart, 1982; Huber y Danahy, 1975; Tsushima, Stoddard, Tsushima y Daly; 1991), problemas renales (Brickman et al., 1996; Christensen y Smith, 1995; McWhirter y Page, 1999; Wiebe y Christensen, 1996; Vinci, 2002), sida (Penedo et al., 2003), diabetes (Colombo y Bertin, 1994) o cáncer (Costantini, Biondi y del Proposto, 1991).

En estos estudios, igual que sucede con los estudios en investigación en salud mental, los resultados encontrados han sido contradictorios.

6.2. INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

En el ámbito de la salud mental, la mayor parte de la investigación relacionada con la personalidad y la adherencia terapéutica se ha llevado a cabo con pacientes bajo tratamiento ambulatorio u hospitalario por abuso de sustancias, centrándose en la adicción al alcohol (e.g. Doleshal, 1988; Fleming y Lewis, 1987; Kravitz et al., 1999; Leigh, Ogborne y Cleland, 1984; Pekarik, Jones y Blodgett, 1986; Rees et al., 1984; Whitmarsh, 1999) o la adicción a otras drogas (e.g. Albott, 1982; Carroll, 1997; Clark, 1996; Craig, 1984a, b, 1985; Craig y Olson, 1988; Filstead, Drachman, Rossi y

Getsinger, 1983; Foureman, Parks y Gardin, 1981; Helmus et al., 1998; Henderson et al., 1999; Helmus et al., 2001; McMahon y Kelley, 1993; Pettinati, Sugerma y Maurer, 1982; Sheppard, Smith y Rosenbaum, 1988; Stark, 1992; Stark y Campbell, 1988).

Otros trastornos estudiados con el fin de conocer variables de personalidad capaces de predecir el cumplimiento o abandono de los pacientes han sido los trastornos afectivos en general (de Haan et al., 1997; Grilo et al., 1998; Keijsers et al., 1999), y más concretamente el trastorno depresivo (Hoencamp, Haffmans y Duivenvoorden, 1998 Kerr et al., 1970; Weissman et al., 1978; Zimmerman et al. (1984), la ansiedad (Wingerson et al., 1993) y la distimia (Specia, Talamonti, Venturi, Biondi y Pancheri (2000).

Además se han llevado a cabo diversas investigaciones en pacientes con trastorno de pánico (Keijsers, Kampman y Hoogduin, 2001; Reich, 1988; Specia, Talamonti, Venturi, Biondi y Pancheri, 2000), trastorno obsesivo-compulsivo (Fals-Stewart y Lucente, 1993; Fals-Stewart y Schafer, 1993; Perce, 1988), juego patológico (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1995) y en pacientes bajo tratamiento por agresiones sexuales (Birgisson, 1996; Kalichman, Shealy y Craig, 1990; Gruznski y Carillo, 1988; Hamberger y Hastings, 1989; Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000; Hunter, 2000; Saunders y Parker, 1989; Waltz, 1995).

En la literatura encontramos con cierta frecuencia estudios que no han hallado diferencias significativas entre las características de personalidad y el abandono o cumplimiento del tratamiento. En este sentido cabe señalar el estudio de Sterling y sus colaboradores (1997), en el cual no se encontraron diferencias entre los pacientes

cumplidores y los no cumplidores en un programa de tratamiento por abuso de sustancias.

Del mismo modo, Rees, Beecha y Hore (1984) no hallaron diferencias significativas en cuanto a la personalidad de los pacientes, medida a través del EPQ en una muestra amplia de alcohólicos. Este mismo año, Craig (1984a, b) empleó el MCMI con el objetivo de evaluar la personalidad de un grupo de pacientes drogodependientes en tratamiento hospitalario, y no encontró diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que cumplieron con su tratamiento de forma adecuada y aquellos que lo abandonan.

Hoencamp, Haffmans y Duivenvoorden (1998) en un estudio realizado con pacientes depresivos no encontraron que las variables de personalidad fueran predictoras del abandono o adherencia al tratamiento, del mismo modo que no lo encontraron Hunter (2000), -en un estudio con sujetos bajo tratamiento por agresiones sexuales-, y Lloyd (2001), en adolescentes que estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico.

En muchos casos las revisiones realizadas acerca del papel de la personalidad en la adherencia al tratamiento concluyen que no existe una asociación consistente o predecible entre los factores de personalidad y la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas (Haynes, 1979a, b; Kaplan y Simon, 1990; Meichenbaum y Turk, 1987). Wiebe y Christensen (1996) consideran que esta falta de asociación puede deberse a que la investigación ha estado limitada por la falta de una teoría estructural de la personalidad comprensiva y común.

Por este motivo se hace necesario e ineludible el empleo de cuestionarios estandarizados de personalidad para llevar a cabo las investigaciones encaminadas a obtener variables de personalidad predictoras del cumplimiento o abandono terapéutico. Por supuesto, existen en la literatura estudios con esta metodología que ofrecen resultados claros acerca del papel que juegan las variables de personalidad en el abandono terapéutico. Con el fin de clarificar los resultados obtenidos en cada uno de los factores, rasgos o características de personalidad hemos considerado oportuno la exposición de las investigaciones en función del instrumento de evaluación empleado y las variables de personalidad medidas.

6.3. INVESTIGACIÓN CON INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway y McKinley, 1967).

El cuestionario de personalidad MMPI ofrece resultados de diez escalas clínicas, cinco escalas adicionales y cuatro escalas de validación. Las escalas se presentan a continuación.

ESCALAS CLÍNICAS

1. (Hs) Hipocondirasis

2. (D) Depresión

3. (Hy) Histeria

4. (Pd) Desviación psicopática

5. (Mf) Masculinidad-Feminidad

6.	(Pa) Paranoia
7.	(Pt) Psicastenia
8.	(Sc) Esquizofrenia
9.	(Ma) Hipomanía
10.	(Si) Introversión social
<hr/> ESCALAS ADICIONALES <hr/>	
a.	(Es) Fuerza del yo
b.	(Dy) Dependenci.
c.	(Do) Dominancia
d.	(Re) Responsabilidad
e.	(Cn) Control
<hr/> ESCALAS DE VALIDACIÓN <hr/>	
	(?) Interrogante
	(L) Sinceridad
	(F) Validez
	(K) Factor corrector

Tabla 19. *Escalas que componen el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway y McKinley, 1967).*

El MMPI ha sido uno de los cuestionarios más empleados en el estudio de las relaciones entre la personalidad y la salud (e.g. Blumenthal, Williams, Williams y Wallace, 1982; Dodrill et al., 1987; Kinsman, Dirks y Dahlem, 1980; Mawhinney et al., 1993), aunque existen investigaciones llevadas a cabo con esta medida que no han encontrado asociación alguna entre los perfiles proporcionados por esta prueba y la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Dentro de los estudios desarrollados en pacientes bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico se han encontrado resultados algo vagos, e incluso contradictorios. Así, encontramos diferentes investigaciones en las cuales no se han encontrado diferencias entre los pacientes que cumplen adecuadamente con el tratamiento y aquellos que lo abandonan (e.g. Gross y Nerviano, 1973; Garfield y Bergin, 1978; Hague, Donovan y O'Leary, 1976; Kaplan y Simon, 1990; Kish y Hermann, 1971; Krasnoff, 1977; McWilliams y Brown, 1977; Stark, 1992).

Por otro lado, existen estudios en los que se muestra que los pacientes que interrumpen su tratamiento tienden a puntuar significativamente más alto en la escala de hipocondirasis (Hs), en la escala de desviación psicopática (Pd) (Lin, 1975; Huber y Danahy, 1975; Miller, Pokorny y Hanson, 1968; Pekarik, Jones y Blodgett, 1986; Pettinati, Sugerma y Maurer, 1982; Sheppard, Smith y Rosenbaum, 1988; Trice, Roman y Belasco, 1969), y más bajo en la escala de sinceridad (L) (Hoffman y Jansen, 1973; Sheppard, Smith y Rosenbaum, 1988).

En general, una gran cantidad de investigadores han encontrado que los pacientes que abandonan el tratamiento muestran mayor evidencia de personalidad psicopatológica (Craig, 1984a, b; 1985; Keegan y Lachar, 1979; Sheppard, Smith y Rosenbaum, 1988).

En cuanto a la literatura centrada en problemas de abuso de sustancias, Linker (1977), en un estudio con pacientes drogodependientes, encontró que aquellos que no cumplían con las prescripciones terapéuticas obtenían una mayor puntuación en la escala de hipocondirasis (Hs), es decir, presentaban una preocupación anormal por la salud, quejas frecuentes de dolores de cabeza y malestar, e inmadurez a la hora de enfrentarse a los problemas. Por su parte, Pekarik, Jones y Blodgett (1986) hallaron que los pacientes que abandonaban el tratamiento residencial por dependencia del alcohol puntuaban más alto en la escala de desviación psicopática (Pd).

Huber y Danahy (1975) y Mozdierz et al., (1973) mostraron, en pacientes con dependencia alcohólica, que aquellos que no cumplían adecuadamente con el tratamiento mostraban puntuaciones más elevadas en la escala de desviación psicopática (Pd) y más bajas en la escala de dependencia (Dy).

Centrándose en otras alteraciones, Fals-Stewart y Schafer (1993) desarrollaron un estudio con pacientes que sufrían trastorno obsesivo-compulsivo y estaban inmersos en un programa de terapia de conducta. Estos autores encontraron que unas mayores puntuaciones en las escalas de depresión (D), esquizofrenia (Sc) e introversión social (Si) contribuyen significativamente a la predicción de cumplimiento de dicha terapia. Dicho de otro modo, los resultados muestran que los pacientes cumplidores presentaban cierta tendencia a tener pensamientos y conductas extrañas, falta de confianza en sí mismos, tendencia a la preocupación, escasez de intereses, y tendencia a aislarse socialmente.

Lloyd (2001) obtiene resultados muy similares en una investigación centrada en estudiar la adherencia a la medicación de 161 adolescentes internos en un hospital psiquiátrico privado. Sus resultados muestran que son las escalas clínicas de depresión

(D), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc) e introversión social (Si) las que diferencian adecuadamente los pacientes que abandonan su tratamiento y los que no.

Tsushima, Stoddard, Tsushima y Daly (1991) encontraron que las puntuaciones obtenidas en las escalas de desviación psicopática (Pd), paranoia (Pa) e hipomanía (Ma) eran significativamente más altas en los pacientes con color de cabeza crónico que abandonaban el tratamiento en comparación con aquellos que lo cumplían. Estos resultados corroboran los obtenidos por investigaciones anteriores realizadas en este mismo problema, tales como la de Hart (1982), Huber y Danahy (1975) y Evans y Blanchard (1988), autores que han hallado resultados similares.

Zuckerman, Sola, Masterson y Angelone (1975) compararon los perfiles del MMPI obtenidos por drogodependientes cumplidores y por toxicómanos que abandonaban el tratamiento y concluyeron que las diferencias más importantes entre ambos se producían en el perfil psicótico (escalas Pa, Pt, Sc y Ma) y no en la tríada neurótica (escalas Hs, D, Hy). Estos resultados concuerdan con otros estudios basados en los perfiles del MMPI (e.g. Albott, 1982; Keegan y Lachar, 1979).

De la misma manera, Baekeland y Lundwall (1975) identifican un gran número de características de los pacientes capaces de predecir el abandono, incluido el comportamiento pasivo-agresivo, la dependencia, y ciertos rasgos sociopáticos.

King y Snow (1989) encontraron que los pacientes ambulatorios inmersos en un programa de tratamiento de dolor crónico que tienden a completar el tratamiento obtienen puntuaciones más altas en el MMPI-2 que los que lo abandonan. Las puntuaciones que se obtienen a través de este cuestionario son radicalmente opuestas a las ofrecidas por el MMPI, ya que una alta puntuación muestra buen ajuste de

personalidad. Es decir, King y Show (1989) hallaron que los pacientes que no muestran perturbaciones de personalidad cumplen mejor con el tratamiento.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Freire (1990), que comprobó que los pacientes continuadores mostraban una personalidad más compleja y conflictiva en una evaluación con el MMPI en comparación con los que abandonaron de forma prematura la terapia.

A pesar de que los resultados sean en ocasiones inconcluyentes e incluso contradictorios, parece evidente que ciertos rasgos de personalidad están claramente asociados con la adherencia terapéutica. Estos rasgos son la desviación psicopática, paranoia y manía, de modo que los pacientes que obtienen puntuaciones elevadas en estas escalas del MMPI abandonan el tratamiento con mayor frecuencia que los pacientes que no puntúan tan alto en ellas.

Por lo tanto, podemos concluir que los pacientes que no cumplen con el tratamiento prescrito se caracterizan por no mostrar respuestas emocionales profundas, ser incapaces de beneficiarse de las experiencias, no considerar las normas sociales, tener cierta tendencia hacia determinados delirios, ser especialmente susceptibles e hipersensibles, presentar tendencia a la superproducción de pensamiento y acción, y ser activos, pero inconstantes.

Dubrin y Zastowny (1988) concluyen que, aunque no es posible usar una sola puntuación como predictora del cumplimiento, los resultados presentes sugieren que a los pacientes con elevadas puntuaciones en las escalas de desviación psicopática (Pd), paranoia (Pa) e hipomanía (Ma) se les debe dedicar una mayor atención al menos

durante los primeros estadios del tratamiento, estadios en los cuales se producen la mayor parte de los abandonos.

Por su parte, Craig (1984a) considera que los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo mediante evaluaciones con el MMPI como instrumento de evaluación no ofrecen variables de personalidad capaces de predecir de forma eficaz el riesgo de abandono del tratamiento por parte de los pacientes, y concluye que el MMPI no es un instrumento útil para hacer este tipo de predicciones.

EPI: Eysenck Personality Inventory (Eysenck y Eysenck, 1964) y EPQ: Eysenck Personality Questionnaire (Eysenck y Eysenck, 1975).

El cuestionario de personalidad EPI de Eysenck y Eysenck permite la evaluación de dos dimensiones de personalidad: el neuroticismo y la extraversión, además de contar con una escala de sinceridad, mostrando valores en cada una de estas escalas de forma individual. Además incluye dos puntuaciones adicionales de impulsividad y sociabilidad.

Este cuestionario no ha sido apenas empleado en la valoración de la personalidad para ponerla en relación con la adherencia terapéutica. De hecho, únicamente encontramos en la literatura un estudio cuyo método de evaluación sea este.

Fleming y Lewis (1987) estudiaron los rasgos de neuroticismo y extraversión en pacientes dependientes del alcohol, y no encontraron, con el EPI como instrumento de valoración, que dichos rasgos discriminaran de forma eficaz entre los pacientes que cumplían adecuadamente con el tratamiento y aquellos que lo abandonaban de forma unilateral, sin la aprobación del facultativo responsable del mismo.

El cuestionario de personalidad EPQ, de los mismos autores, ha sido más extensamente empleado en investigación, tal vez por el hecho de ofrecer la valoración de una dimensión más de la personalidad: psicoticismo o dureza. Así, el EPQ posibilita la evaluación del neuroticismo, la extraversión, el psicoticismo o dureza, la sinceridad y la predisposición a una conducta antisocial.

Un estudio llevado a cabo por Bass (1988) con este instrumento de evaluación, sugiere que la pobre adherencia -en este caso en un programa para dejar de fumar- es frecuente en pacientes con puntuaciones elevadas en la dimensión de psicoticismo (Bass, 1988). Las personas con puntuaciones altas en esta dimensión han sido descritos como impersonales, problemáticas, hostiles, irresponsables y anti-autoritarias (Eysenck y Eysenck, 1976).

Rees, Beecha y Hore (1984) emplearon este mismo cuestionario de personalidad en una muestra de cien pacientes alcohólicos y no encontraron diferencias significativas, en lo que a personalidad se refiere, entre los pacientes que cumplían con el tratamiento y aquellos que no lo hacían.

Por el contrario, Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1995) emplearon el EPQ para valorar la personalidad de pacientes con problemas de juego patológico, y hallaron que la dimensión de neuroticismo era útil a la hora de predecir el abandono o cumplimiento de los pacientes al programa de tratamiento.

Por su parte, Birgisson (1996) mostró, en su investigación realizada con varones que habían cometido agresiones sexuales y se encontraban recibiendo terapia, que aquellos sujetos que rechazan el tratamiento presentaban tendencia a disimular en el EPQ, presentándose a sí mismos como emocionalmente estables.

MCMI y MCMI-II: Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1983; Millon, 1987)

Las puntuaciones que ofrece el Inventario Multiaxial de Personalidad de Millon (MCMI) se transforman en 20 escalas de personalidad, las cuales se dividen en ocho estilos de personalidad básicos, tres estilos de personalidad de carácter patológico y nueve estados clínicos transitorios.

Las escalas son las siguientes:

ESCALAS BÁSICAS DE PERSONALIDAD

Esquizoide

Evitativo

Dependiente

Histriónica

Narcisista

Antisocial

Compulsiva

Pasivo/agresiva

ESCALAS DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA

Esquizotípica

Límite

Paranoide

ESCALAS DE ESTADO CLÍNICO TRANSITORIO
CON SINTOMATOLOGÍA MODERADA

Ansiedad

Sintomatología Somatomorfa

Hipomanía

Distimia

Abuso de alcohol

Abuso de drogas

ESCALAS DE ESTADO CLÍNICO TRANSITORIO
CON SINTOMATOLOGÍA SEVERA

Pensamiento psicótico

Depresión psicótica

Delirios psicóticos

Tabla 20. Escalas que componen el Millon Clinical Multiaxial Inventory - I (Millon, 1983).

Fals-Stewart y Lucente (2003) desarrollaron un trabajo con más de cien sujetos que padecían trastorno obsesivo-compulsivo y estaban siendo tratados con terapia

conductual. Atendiendo a las características de personalidad y el grado de adherencia al tratamiento, los pacientes quedaron distribuidos en cuatro grupos diferentes:

- Grupo 1: formado por pacientes con ausencia de alteraciones de personalidad evaluadas a través del MCMI. Este grupo presenta un adecuado cumplimiento terapéutico.
- Grupo 2: compuesto por pacientes cuyo patrón de personalidad está caracterizado por rasgos de personalidad dependiente y compulsiva. Estos pacientes muestran una marcada necesidad de aprobación social y cierta tendencia a depender de sistemas de reglas que son regulados de manera rígida. Es posible que estos pacientes acepten y cumplan el tratamiento prescrito por la necesidad de aprobación y alabanza, lo que encuentran con cierta facilidad en un contexto terapéutico. Quizá por este motivo se implican de manera óptima en el tratamiento, lo que les convierte en excelentes candidatos para la terapia conductual, y posiblemente otras terapias de diferente índole.
- Grupo 3: formado por pacientes con rasgos histriónicos y de personalidad límite. Los pacientes incluidos en este grupo ansían atención y no poseen las habilidades sociales necesarias para fomentar y mantener relaciones sociales, además de presentar impulsividad y un estado emocional dramatizador. Estas características les conducen a no establecer relaciones emocionales estables ni duraderas, lo que dificulta su adaptación al tratamiento.
- Grupo 4: compuesto por pacientes caracterizados por intensas perturbaciones en adaptación social y relaciones interpersonales. Los sujetos incluidos en este grupo son personas que se sienten profundamente incómodas en situaciones de carácter social o cercanía personal, lo que les lleva al aislamiento social. Dada la

naturaleza interpersonal de la psicoterapia no sorprende que estos pacientes normalmente la rechacen.

En otro tipo de patología, Stark y Campbell (1988) investigan la influencia de la personalidad en el abandono en una muestra formada por adictos a diferentes sustancias tóxicas -opíáceos, anfetaminas, cocaína y cannabis-, no existiendo politoxicomanía. Los resultados obtenidos por estos autores mostraron que los pacientes que cumplían adecuadamente con el tratamiento de desintoxicación obtenían puntuaciones más elevadas en siete escalas del MCMI, en comparación con aquellos pacientes que lo abandonaban. A partir de estos datos, estos autores concluyen que la severidad de la psicopatología no es clave para la predicción del cumplimiento o abandono de la terapia.

Las diferencias encontradas por Stark y Campbell (1988) contrastan con los datos hallados por Craig (1984a, b) en pacientes dependientes del alcohol. Este último, no encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas del MCMI, aunque admite que la mayoría de los estudios encuentran una tendencia significativa de que los pacientes que abandonan el tratamiento presentan mayores niveles de psicopatología en la mayoría de los tests psicológicos.

Como se puede observar, la evaluación de la influencia de la personalidad en el cumplimiento de los tratamientos por abuso de sustancias ha ofrecido resultados poco esclarecedores. Por una parte, el abandono de los tratamientos ha sido relacionado con altos niveles de ansiedad, depresión, sociopatía e impulsividad (Baekland y Lundwall, 1975; Beck et al., 1983), y con la severidad en general de síntomas psicológicos (Keegan y Lachar, 1979; O'Leary, Rohsenow y Chaney, 1979; Robinson y Little, 1982; Steer, 1983a, b), mientras que por otra parte, estudios que han empleado una

metodología similar para evaluar la influencia de la personalidad en la adherencia terapéutica no han encontrado relación entre estas variables y el abandono (Craig, 1984a, b; McWilliams y Brown, 1977; Pekarik, Jones y Blodgett, 1986; Wilson y Whelan, 1983).

Resulta interesante conocer los datos ofrecidos por Hamberger, Lohr y Gottlieb (2000) en un estudio llevado a cabo en una muestra de cerca de quinientos varones bajo tratamiento psicológico por maltratar a sus parejas. Hamberger y sus colaboradores (2000) muestran que los abandonos que se producen durante el proceso de evaluación - antes de comenzar el tratamiento- pueden predecirse por las características paranoides de personalidad del paciente, mientras que los abandonos que aparecen durante el proceso de intervención, es posible predecirlos a través de las características de personalidad límite.

Estos datos corroboran los resultados encontrados años antes por Hamberger y Hastings (1989). En su estudio, estos autores encontraron que aquellos pacientes que no cumplen con el tratamiento prescrito (sin especificar en que momento lo abandonan) puntúan más alto en las escalas del MCMI relacionadas con los trastornos de personalidad severos (escala esquizotípica, límite y paranoide), en escalas de síntomas emocionales (escalas de ansiedad, histeria, hipomanía, abuso de alcohol y otras drogas), y en las escalas de psicopatología severa (escala de pensamiento psicótico, depresión y alucinaciones).

Años más tarde, Millon (1987) elaboró el Millon Clinical Multiaxial Inventory -II (MCMI-II), a través del cual era posible obtener cuatro escalas de fiabilidad y

validez, diez escalas básicas de la personalidad, tres escalas de personalidad patológica, seis escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada y tres escalas de síndromes clínicos de gravedad severa.

ESCALAS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ

Validez

Deseabilidad

Alteración

Sinceridad

ESCALAS BÁSICAS DE PERSONALIDAD

Esquizoide

Evitativo

Dependiente

Histriónica

Narcisista

Antisocial

Narcisista

Antisocial

Agresivo/sádica

Compulsiva

Pasivo/agresiva

Autodestructiva

ESCALAS DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA

Esquizotípica

Límite

Paranoide

ESCALAS DE ESTADO CLÍNICO TRANSITORIO
CON SINTOMATOLOGÍA MODERADA

Ansiedad

Histeriforme

Hipomanía

Neurosis depresiva

Abuso de alcohol

Abuso de drogas

ESCALAS DE ESTADO CLÍNICO TRANSITORIO
CON SINTOMATOLOGÍA SEVERA

Pensamiento psicótico

Depresión mayor

Delirios psicóticos

Tabla 21. *Escalas que componen el Millon Clinical Multiaxial Inventory - II (Millon, 1987).*

McMahon, Kelley y Kouzekanani (1993) realizaron un estudio en más de trescientos pacientes adictos a la cocaína, empleando como instrumento de evaluación de la personalidad el MCMI-II. En este estudio muestran como los pacientes que presentan altas tasas de abandono se diferencian de los pacientes con buena adherencia terapéutica por presentar una personalidad más narcisista y antisocial, que suele ir asociada a características de personalidad manipulativa y autoorientada en las relaciones interpersonales. Según estos autores, los pacientes con estos rasgos de personalidad pueden experimentar las presiones impuestas desde fuera -en este caso las recomendaciones del terapeuta- de manera aversiva, lo que les conduce al abandono del tratamiento.

Por el contrario, los pacientes con características de personalidad pasiva y dependiente desean aprobación social y permiten, e incluso prefieren, que sean las personas que les rodean los que decidan que es lo más apropiado para ellos. Para estos pacientes la estructura y el soporte que la comunidad terapéutica proporciona es altamente positiva, por lo que están más orientados al cumplimiento terapéutico.

Además, McMahon, Kelley y Kouzekanani (1993) encontraron que también contribuye en la adherencia la habilidad para establecer un autocontrol, tanto de las reacciones emocionales como comportamentales, y la sensibilidad hacia los demás, aspecto que está unido a un gran deseo de aprobación social.

Los resultados obtenidos por Craig (1984a, b), en pacientes alcohólicos, mostraron que los rasgos histriónicos de personalidad estaban asociados con el cumplimiento terapéutico, mientras que las características de personalidad pasivo-agresivas lo estaban con el abandono del mismo.

Similares son los hallazgos de Craig y Olson (1988). Estos autores encontraron que los pacientes que abandonan el tratamiento por abuso de sustancias tienen una mayor necesidad de autonomía y una agresividad más marcada, a la vez que poseen una menor necesidad de afiliación y desarrollo.

Por supuesto también encontramos investigaciones que han empleado este instrumento de medida para evaluar la personalidad en las cuales no se ha encontrado relación alguna entre las características de personalidad del paciente y la adherencia terapéutica (e.g. Penedo et al., 2003; Kaplan y Simon, 1990), o esta relación es muy escasa (Barclay, 1998).

16PF: Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad (Cattell, 1972).

El Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF proporciona una valoración de dieciséis rasgos de personalidad, doce de primer orden (A, B, C, E, F, G, H, I, L, M, N) y cuatro de segundo orden (Q₁, Q₂, Q₃, Q₄). Estos rasgos son los siguientes:

RASGOS DE PERSONALIDAD
A.- Sizotimia-Afectotimia
B.- Inteligencia baja-Inteligencia alta
C.- Poca fuerza del ego-Mucha fuerza del ego
E.- Sumisión-Dominancia
F.- Desurgencia-Surgencia
G.- Poca fuerza del superego-Mucha fuerza del superego
H.- Treccia-Parmia
I.- Harria-Premsia
L.- Alaxia-Protensión
M.- Praxernia-Autia
N.- Sencillez-Astucia
O.- Adecuación imperturbable-Tendencia a la culpabilidad
Q ₁ .- Conservadurismo-Radicalismo
Q ₂ .- Adhesión al grupo-Autosuficiencia
Q ₃ .- Baja integración-Mucho control de su autoimagen
Q ₄ .- Poca tensión energética-Mucha tensión energética

Tabla 22. Factores que componen el Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad 16 - PF (Cattel, 1975).

Dentro de las investigaciones desarrolladas contando con este instrumento de medida cabe destacar la realizada por Santos, García y Blanco (2001) con una muestra de drogodependientes. Estos autores encuentran que aquellos sujetos que al inicio del tratamiento mostraban una gran sensibilidad dura, es decir, confiaban en sí mismos y eran realistas (factor I), eran analítico-críticos, liberales y experimentales (factor Q₁), autosuficientes (factor Q₂), y presentaban una pobre socialización controlada (factor Q₃), presentaron tasas de abandono más elevadas tras seis meses de tratamiento. Por lo tanto, aquellas personas que al inicio del tratamiento presentan un peor ajuste afectivo, eran menos estables emocionalmente, aceptaban con mayor dificultad las obligaciones y las normas y cuyas metas no se encontraban dentro de la normativa social, presentaron mayor probabilidad de abandonar el tratamiento tras un periodo de tiempo de seis meses.

Resumiendo, Santos, García y Blanco (2001) establecen un perfil psicológico de los sujetos que abandonan el tratamiento tras seis meses, caracterizado por una sensibilidad dura, confianza en sí mismo, realismo, personalidad analítico-crítica, liberal, experimental, autosuficiente, con preferencia a sus propias decisiones, poca socialización controlada, y escasa aceptación de obligaciones.

Empleando un modelo de regresión logística estos autores afirman que los factores de personalidad Q₁ y Q₃ clasifican correctamente al 93,62% de los sujetos en cuanto a su adherencia.

En un estudio anterior realizado con una muestra similar (Fernández et al., 1996) se indica que mientras las variables de personalidad obtenidas en la admisión no son predictoras consistentes de la adherencia al tratamiento, si lo son las variables obtenidas tras cierto tiempo de acudir al tratamiento (concretamente seis meses). Estos

resultados son compartidos con estudios de características similares (Kennard y Wilson, 1979).

Por su parte, Whitmarsh (1999) halló en un estudio, realizado con cerca de cien pacientes dependientes del alcohol que se encontraban bajo tratamiento ambulatorio, que los factores F (desurgencia-surgencia), G (poca-mucha fuerza del superego), M (praxernia-autia) y Q₃ (baja integración-mucho control de su autoimagen) clasifican adecuadamente a los sujetos en cumplidores y no cumplidores, siendo los pacientes con buena adherencia los que alcanzaban puntuaciones más elevadas en estas escalas. Es decir, los pacientes que se adherían al tratamiento se caracterizaban, en términos generales, por ser más entusiastas, más conscientes y persistentes, más imaginativos y con mayor autocontrol.

Por supuesto, también existen estudios en la literatura, como el desarrollado por Fleming y Lewis (1987) con una muestra de pacientes alcohólicos, en los que se afirma que los rasgos de personalidad no discriminan adecuadamente entre los pacientes cumplidores y los que abandonan el tratamiento de forma prematura.

TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire (Cloninger, 1987)

Cloninger y sus colaboradores formularon, en 1987, la hipótesis de una teoría tridimensional de la personalidad y diseñaron un cuestionario basado en dicha teoría, el TPQ: Tridimensional Personality Questionnaire. Este cuestionario evalúa tres dimensiones de personalidad independientes: búsqueda de la novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa.

Este instrumento de evaluación de la personalidad no ha sido tan empleado como los anteriores en investigación relacionada con el abandono terapéutico, pero existen investigaciones con algunos resultados interesantes. De las tres escalas que componen la prueba la más utilizada en investigación ha sido, sin lugar a dudas, la de búsqueda de la novedad.

Helmus y sus colaboradores (2001) evaluaron a más de sesenta politoxicómanos (consumidores de heroína y cocaína) a través de la escala de búsqueda de la novedad del TPQ, encontrando que los pacientes cuyo abandono se producía en las últimas fases del tratamiento eran los que puntuaban más alto en búsqueda de la novedad. Sin embargo, estos pacientes presentaban tasas de abandono menores en las primeras fases del tratamiento en comparación con aquellos que puntuaban bajo. Es decir, los sujetos con una alta búsqueda de la novedad cumplen mejor con el tratamiento en las primeras fases del mismo en comparación con los que tienen una baja puntuación en la escala, mientras que en las últimas fases de la terapia el patrón de adherencia se invierte.

Estos resultados concuerdan con los hallados por diferentes investigadores, que defienden que los pacientes que puntúan más alto en búsqueda de la novedad se adhieren comparablemente mejor en las primeras fases del tratamiento (Helmus et al., 1998) y peor durante las etapas finales (Henderson et al., 1999). Esta relación puede ser debida al hecho de que estas personas buscan nuevas sensaciones y evitan la monotonía, por lo que pueden sentirse atraídos, al principio, por la novedad del tratamiento, pero según éste va avanzando se van aburriendo y distrayéndose con facilidad, lo que les conduce a abandonarlo (Cloninger et al., 1991).

Por su parte, Kravitz y sus colaboradores (1999) demostraron que los sujetos que puntúan más alto en la escala de búsqueda de la novedad alcanzan, en general,

mayores tasas de abandono en un programa de tratamiento para la dependencia del alcohol. La dependencia de la recompensa y la evitación del daño -las otras dos escalas del TPQ- no predecían de forma significativa el cumplimiento o abandono terapéutico.

Los resultados encontrados por el equipo de Kravitz son similares a los hallados por Wingerson y sus colaboradores (1993), en un estudio en el cual examinaron pacientes en un ensayo clínico para el tratamiento de trastornos de ansiedad. Estos autores encontraron que los abandonos eran más numerosos en los pacientes que puntuaban más alto en búsqueda de la novedad.

Con respecto a otra de las escalas, la escala de evitación del daño, Speca, Talamonti, Venturi, Biondi y Pancheri (2000) llevaron a cabo un estudio con un número reducido de pacientes con trastornos de pánico y distimia. Estos autores encontraron que altos niveles en la escala de evitación del daño estaban asociados con una buena adherencia al tratamiento, pero con un pobre resultado terapéutico, mientras que altas puntuaciones en la escala de búsqueda de la novedad aparecían asociadas con una alta tasa de abandono pero con respuestas positivas al tratamiento.

Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI) (Costa y McCrae, 1992).

El Inventario NEO reducido de Cinco Factores constituye una versión reducida del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) (Costa y McCrae, 1992). Ambos cuestionarios tienen por finalidad la evaluación de la personalidad normal, proporcionando información acerca de los cinco grandes factores de la personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad.

El NEO-FFI resulta muy útil cuando se dispone de tiempo limitado para la evaluación y ofrece una buena información global acerca de la personalidad del evaluado (Costa y McCrae, 1992).

Este instrumento no ha sido empleado en la investigación sobre la adherencia terapéutica con tanta frecuencia como los cuestionarios citados anteriormente, a pesar de ofrecer unas puntuaciones acordes con un marco teórico sólido y útil para la orientación e interpretación de trabajos de investigación. Marshall y colaboradores (1994) mantienen que el modelo de los cinco factores de personalidad operativizado en el NEO-FFI da cuenta de una parte significativa de la variación de diversas mediciones de diferencias individuales en investigación en psicología de la salud.

No existen en la literatura estudios en pacientes con trastornos mentales que intenten poner de manifiesto la influencia de la personalidad -evaluada a través del NEO-FFI- en el abandono del tratamiento, aunque si se han encontrado algunos estudios en otras áreas de la salud.

Por ejemplo, Brickman y sus colaboradores (1996) emplearon este cuestionario en un estudio que intenta pretende demostrar el papel de los factores de personalidad y medidas de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos dependientes de insulina, encontrando que el factor de responsabilidad predecía de forma adecuada la adherencia al tratamiento por parte de estos pacientes.

Christensen y Smith (1995) documentaron la relación entre los cinco factores de personalidad y la adherencia en enfermedad crónica -en pacientes renales bajo tratamiento con diálisis- a través del examen de las puntuaciones del NEO-FFI como predictores de la adherencia. Tras controlar las variables sociodemográficas relevantes,

los resultados mostraron que la responsabilidad dio cuenta de una parte significativa de la varianza en la adherencia al régimen farmacológico, de manera que los pacientes que obtenían puntuaciones más altas en responsabilidad cumplían mejor con el tratamiento prescrito. Ningún otro factor de personalidad resultó significativamente asociado con la adherencia terapéutica.

Muten (1991) encuentra resultados similares a los anteriores, afirmando que los pacientes con alta responsabilidad son más cumplidores y avisan con mayor frecuencia al centro donde reciben la terapia si no les es posible acudir a una cita.

Los resultados obtenidos por estos autores concuerdan con la concepción que Digiman (1990) posee de la relevancia de la responsabilidad en la adherencia al tratamiento. Este autor mantiene que un examen conceptual de la taxonomía de los cinco factores sugiere que la responsabilidad debe ser el rasgo predictor más relevante para el cumplimiento terapéutico, ya que describe las cualidades precisas que un individuo debe poseer para conseguir una buena adherencia al tratamiento, ya que entre las facetas que definen la responsabilidad se encuentran la competencia, el sentido del deber, la organización, la necesidad de logro, el autocontrol y la autodisciplina, la prudencia, la reflexividad y la formalidad (Costa y McCrae, 1992; Digiman, 1990).

Como podemos observar a partir de los resultados expuestos en este apartado, no existen conclusiones claras y precisas acerca del papel que juegan los diferentes rasgos de personalidad en el abandono terapéutico.

Por un lado hay autores que descubren una buena capacidad predictiva de los inventarios de personalidad sobre la adherencia al tratamiento, pero por otro lado,

existen investigadores que afirman que estos inventarios poseen una capacidad predictiva moderada.

Debido a esta controversia, y a la falta de sistematización en cuanto al marco teórico de referencia empleado en los distintos estudios, hemos considerado oportuno reflejar los resultados alcanzados en las diferentes investigaciones organizándolos en función del marco teórico empleado en esta investigación, con la finalidad de dejar clara la situación actual en lo que a investigación de la personalidad y su relación con el abandono terapéutico se refiere.

6.4. MODELO DE LOS CINCO FACTORES DE PERSONALIDAD Y ABANDONO TERAPÉUTICO

La teoría y la investigación en el área de personalidad ha estado complicada por ciertas limitaciones conceptuales y metodológicas. Una de ellas es la falta de sistematización y el empleo de instrumentos de evaluación basados en diferentes modelos de la personalidad, lo cual conduce a resultados confusos y poco claros acerca de la influencia que la personalidad ejerce en el abandono terapéutico.

Diferentes autores (Costa y McCrae, 1985; 1987a, b; Costa, McCrae y Dembroski, 1989; John, 1990) mantienen que el modelo de los cinco factores de personalidad tiene mucho que ofrecer a los investigadores en comportamientos de salud, debido a que constituye una taxonomía adecuada y completa de la personalidad humana (Digiman, 1990). Este modelo de cinco factores proporciona un marco de trabajo útil para la integración y reinterpretación de los hallazgos existentes en personalidad y salud, haciendo que comience a desarrollarse un lenguaje común y un

esquema de organización para este área de investigación tan confusa, arrojando así, un poco de orden conceptual a este ámbito de trabajo (Smith y Williams, 1992).

La taxonomía de los cinco factores de personalidad ha tenido un reconocimiento creciente en cuanto a su utilidad para conocer los correlatos de la personalidad y los comportamientos relacionados con la salud (Smith y Williams, 1992). Pero aún habiendo sido reconocida la importancia del empleo del modelo de los cinco factores de personalidad en la investigación científica, no existen apenas referencias en la literatura acerca del papel de estos cinco factores en adherencia terapéutica (Smith y Williams, 1992).

El no aplicar un esquema común de organización de la personalidad para llevar a cabo los diferentes estudios puede ser un factor muy relevante en la limitación del progreso de la investigación en personalidad y abandono terapéutico.

Otro sesgo importante en la investigación acerca del papel de la personalidad en el cumplimiento del tratamiento es el escaso trabajo realizado con los factores de amabilidad y apertura a la experiencia en comparación con la investigación en neuroticismo, extraversión y responsabilidad. Siendo la extraversión y el neuroticismo los factores más ampliamente estudiados, el resto de los factores no han sido sistemáticamente estudiados en la psicología de la salud, aunque existen algunas investigaciones que proporcionan datos acerca de la influencia que, en términos generales, ejercen estos factores.

Neuroticismo

La dimensión de neuroticismo ha sido uno de los factores que mayor atención ha recibido en la investigación sobre los comportamientos relacionados con la salud. La evidencia sugiere que el neuroticismo está asociado con la adopción de comportamientos de riesgo para la salud (como por ejemplo el uso de sustancias) y la ausencia de comportamientos positivos, saludables (Booth-Kewley y Vickers, 1994; Siegler y Costa, 1994).

Esta asociación ya se había comprobado en estudios anteriores, los cuales ponen de manifiesto que el neuroticismo está asociado con la presencia de prácticas de salud dañinas y la ausencia de comportamientos de salud positivos (Brook et al., 1986; Coan, 1973; Mechanic y Cleary, 1980; Spielberg y Jacobs, 1982; Tappan y Weybrew, 1982).

Christensen y Smith (1995) hallaron una correlación negativa significativa entre este factor de personalidad y la adherencia a la medicación en una muestra de pacientes con tratamiento de diálisis renal, de modo que los pacientes con puntuaciones más elevadas en este factor presentaban una peor adherencia al tratamiento. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Miller, Soda y Hurtley (1997), que afirman que los pacientes con alto nivel de neuroticismo, sobre todo si se encuentran en situaciones de ambigüedad, muestran una menor adherencia terapéutica.

Brickman y colaboradores (1996) sugieren en su estudio, llevado a cabo con pacientes diabéticos, que tanto las altas como las bajas puntuaciones en neuroticismo están asociadas a un deterioro renal más temprano. Estos autores mantienen que los pacientes con niveles moderados de neuroticismo están más motivados al logro de una

buena adherencia, lo que concuerda con resultados obtenidos con anterioridad (Carney et al., 1995; Kaplan De-Nour y Czaczkes, 1976).

Pero también encontramos estudios, desarrollados con pacientes adictos al alcohol, que afirman que el factor neuroticismo no discrimina de forma eficaz entre los pacientes que cumplen adecuadamente con el tratamiento y aquellos que lo abandonan de forma unilateral, sin la aprobación del profesional responsable del mismo (Fleming y Lewis, 1987), afirmación que contrasta con la mantenida por, Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1995) que demostraron, en una muestra de pacientes con problemas de juego patológico, que la dimensión de neuroticismo era útil a la hora de predecir el abandono o cumplimiento del programa de tratamiento por parte de los pacientes.

Una de las facetas del neuroticismo es la hostilidad, concebida como la tendencia a experimentar ira y estados relacionados con ella, como frustración y rencor (Costa y McCrae, 1999). Kline y King (1973) encontraron en un estudio realizado con los pacientes de un centro de salud mental, que aquellos pacientes que interrumpen prematuramente el tratamiento experimentan un mayor grado de hostilidad y muestran con mayor frecuencia una conducta antisocial, incluyendo una mayor tendencia a la actuación contra los demás. Estos resultados también se encontraron en estudios posteriores llevados a cabo con muestras de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Weiden et al., 1994) y pacientes dependientes del alcohol (Beck et al., 1983; Craig y Olson, 1988) y otras drogas (Alterman et al., 1998; Alterman y Cacciola, 1991; Kelley, 2001).

Estos mismos resultados obtuvieron Fisher y sus colaboradores (1993), en una investigación más reciente realizada con mujeres que habían sufrido abusos sexuales en

la infancia, en la que encontraron que aquellas que presentaban una mayor tasa de abandonos mostraban un perfil de personalidad antisocial.

Por el contrario, los pacientes que completan debidamente el tratamiento han sido descritos, en una investigación con pacientes tratados psicoterapéuticamente, como personas con una menor historia de actos o conductas antisociales (McNair et al., 1963).

A pesar de que los resultados parecen bastante concluyentes, también encontramos investigaciones en las que no se ha encontrado relación entre la conducta antisocial y la agresividad y el abandono prematuro del tratamiento por parte del paciente (Carroll et al., 1994; Cacciola et al., 1995; Craig, 1984a, b; Leigh, Ogborne y Cleland, 1984; McKay et al., 1998; McWilliams y Brown, 1977; Pekarik, Jones y Blodgett, 1986; Wilson y Whelan, 1983).

Muy relacionado con la hostilidad aparece el concepto de autocontrol. Diferentes autores han demostrado que una de las características de personalidad que aparece asociada con una buena adherencia terapéutica es la habilidad de autocontrol. Sherbourne y sus colaboradores (1992) pusieron esta relación de manifiesto en pacientes con enfermedades físicas, del mismo modo que Christensen y sus colaboradores (1990) y Rosenbaum y Ben-Ari Smira (1986) en pacientes con problemas renales y bajo tratamiento con hemodiálisis y Stanton (1987) en sujetos con hipertensión arterial.

La vulnerabilidad al estrés es otra de las facetas de este factor de personalidad. Las altas puntuaciones reflejan la incapacidad de luchar contra el estrés (Costa y McCrae, 1999), siendo incapaz de tolerarlo y viéndose aterrorizado ante situaciones

que lo provoquen. En este sentido existe algún estudio que muestra -en pacientes bajo tratamiento psicoterapéutico- que los pacientes que interrumpen prematuramente el tratamiento son incapaces de tolerar la ansiedad (Dengrove y Kutash, 1950), y presentan niveles de ansiedad más elevados (Desmarais, 2000; Everson, 1999; Van Minnen, Arntz y Keijsers, 2002).

Por último, Costa y McCrae (1992) afirman que la tendencia a experimentar sentimientos negativos, entre los que se encuentran la ira, la vergüenza o la culpabilidad, están en el núcleo del factor de neuroticismo, y tales sentimientos de carácter negativo aumentan el riesgo de abandono en determinadas terapias específicas, según diferentes autores (Kubany y Manke, 1995; Pitman et al., 1991).

Extraversión

La extraversión ha sido relacionada con ciertos comportamientos negativos tales como el uso de sustancias (Coan, 1973; Labouvie y McGee, 1986; Spielberg y Jacobs, 1982; Tappan y Weybrew, 1982), o la adopción de conductas de riesgo en la conducción de un vehículo (Booth-Kewley y Vickers, 1994), pero también ha aparecido relacionada con determinadas conductas de carácter positivo, como por ejemplo el cumplimiento de un programa de ejercicio físico (Blumenthal et al., 1983).

Según Costa y McCrae (1992) una de las facetas del factor extraversión es la tendencia a experimentar emociones positivas, siendo el optimismo característico de las personas que puntúan alto en este factor. En gran número de ocasiones se ha demostrado, en pacientes esquizofrénicos, que la actitud positiva hacia la enfermedad se asocia con un mayor cumplimiento del tratamiento prescrito (Buchanan, 1992;

García-Cabeza et al., 1999; Hoge et al., 1990; Kemp y David, 1996; Kemp et al., 1998; Schwartz et al., 1997).

Es posible que el optimismo, la expectativa de que es posible obtener resultados positivos, lleven a la persona a enfrentarse a una situación difícil de manera activa. Por el contrario, el pesimismo, la expectativa de malos resultados futuros, puede generar una tendencia a presentar una actitud pasiva o a dar respuestas desadaptativas e inadecuadas.

Los interruptores prematuros se han definido como individuos con una gran necesidad de autonomía, de evitar relaciones interpersonales próximas y un menor deseo de afiliación (Craig y Olson, 1988; Doak, 1980), mientras que aquellos pacientes que se adhieren al tratamiento han sido observados con una mayor capacidad de ser influenciados (Frank et al., 1957) y más dependientes (Taulbee Earley, 1958).

Por el contrario, un estudio desarrollado por Fals-Stewart y Schafer (1993) con pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y bajo tratamiento conductual, muestra que una mayor tendencia a aislarse del contacto social está asociada con un mejor cumplimiento de dicha terapia.

Edelman y Chambless (1995), en un estudio llevado a cabo con pacientes con un trastorno de fobia social tratados con tratamiento cognitivo-conductual, encontraron que los pacientes con una personalidad más dependiente tendían a cumplir mejor las recomendaciones del profesional en comparación con los pacientes menos dependientes. Esto concuerda con los datos recogidos por Chambless y sus colaboradores (1992) y Steketee (1990), los cuales sugieren que es más fácil que el

paciente dependiente siga las instrucciones del terapeuta cuando los tratamientos ofrecidos son, en gran medida, estructurados.

Esta dependencia, tanto a las personas como a las cosas (psiquiatras, psicólogos, fármacos, etc), pueden reflejar el deseo de ser aprobados tanto por los responsables del tratamiento como por otras personas significativas. Estos aspectos de la personalidad pueden subyacer a la tendencia a cumplir con el tratamiento prescrito de los pacientes con una mayor dependencia (Scott, 1995).

Además de la vinculación con la gente, las personas extravertidas se caracterizan por presentar una adecuada asertividad (Costa y McCrae, 1992). Salaberría y Echeburúa (1996) encontraron que el nivel de asertividad de los pacientes diferenciaba los pacientes cumplidores de los no cumplidores, aunque no llegó a alcanzar el grado de significación estadística. Así, los pacientes que abandonan el tratamiento tienden a presentar un mayor nivel de asertividad en comparación con los pacientes que se adhieren adecuadamente al mismo.

Como se puede apreciar, los resultados obtenidos en torno a este factor son cuanto menos confusos, ya que, si atendemos a los diferentes aspectos que componen el factor de extraversión, los resultados con los que contamos son contradictorios, además de existir investigaciones que no encuentran diferencias significativas en el factor extraversión entre los pacientes que cumplen con su tratamiento y aquellos que lo abandonan (Fleming y Lewis, 1987).

Apertura a la experiencia

La apertura a la experiencia ha sido estudiada principalmente en relación con el consumo de sustancias, encontrándose una asociación entre una alta puntuación en este factor y un uso más frecuente de sustancias (e.g. Booth-Kewley y Vickers, 1994; Brook et al., 1986).

Helmus y sus colaboradores (2001) evaluaron a cerca de 70 politoxicómanos a través de la escala de búsqueda de la novedad del TPQ, y hallaron que los pacientes con una alta búsqueda de la novedad cumplen mejor con el tratamiento en las primeras fases en comparación con aquellos que tienen una baja puntuación en la escala. Por el contrario, en las últimas fases de la terapia el patrón de cumplimiento es el opuesto.

Como ya se ha comentado, estos resultados también los han alcanzado otros investigadores, los cuales afirman que los pacientes con puntuaciones más elevadas en búsqueda de la novedad se adhieren comparablemente mejor en las primeras fases del tratamiento (Helmus et al., 1998) y peor durante las etapas finales (Henderson et al., 1999).

Parece lógico pensar que esto es debido al hecho de que las personas abiertas a la experiencia buscan nuevas sensaciones y evitan la monotonía, por lo que tal vez se sientan atraídos, en un principio, por la novedad del tratamiento, pero pasado algún tiempo la novedad se disipa y llega la monotonía, lo que les conduce al abandono del tratamiento (Cloninger et al., 1991; Wingerson et al., 1993).

Sin hacer referencia a las etapas o curso del tratamiento, Kravitz y sus colaboradores (1999) hallaron que los sujetos que puntúan más alto en la escala de búsqueda de la novedad alcanzan, en general, mayores tasas de abandono, hecho que se

demostró en 170 pacientes dependientes del alcohol tratados psicofarmacológicamente. Wingerson y sus colaboradores (1993) encontraron estos mismos resultados en un estudio con pacientes, tanto varones como mujeres, con trastornos de ansiedad.

Por su parte, Strakowski y colaboradores (1993) encontraron que las puntuaciones elevadas en la escala de búsqueda de la novedad están asociadas con una peor recuperación funcional, aunque no parecían relacionadas con la remisión de los síntomas o la recuperación tras un único episodio de manía seis meses después del alta hospitalaria.

Se ha encontrado, en un estudio realizado con pacientes cuyo tratamiento era psicoterapéutico, que aquellos pacientes que se adhieren al tratamiento se mostraban más capaces de responder emocionalmente (Taulbee Earley, 1958). Esta habilidad para sentir con mayor intensidad los estados emocionales, tanto positivos como negativos, constituye una de las características del factor de apertura a la experiencia, de forma que la persona que puntúa bajo en este factor tiene, en cierto sentido, embotados sus afectos y no concede mucha importancia a los sentimientos (Costa y McCrae, 1992).

Amabilidad

Los resultados obtenidos por Booth-Kewley y Vickers (1994) en el análisis del factor amabilidad son dignos de tener en cuenta, ya que es un factor que no ha recibido la atención suficiente en la investigación sobre los comportamientos relacionados con la salud.

La amabilidad, definida como la tendencia a ser tolerante en lugar de cínico y hostil, parece estar relacionada con mejores hábitos de ejercicio físico, autocuidado,

menor uso y abuso de sustancias, y mejor control de la dieta. Esta hipótesis parece razonable dada la evidencia de la asociación entre la ausencia de estos comportamientos y la hostilidad (e.g. Leiker y Hailey, 1988; Smith, 1992). Booth-Kewley y Vickers (1994) muestran en su estudio la asociación negativa y significativa entre amabilidad y adopción de comportamientos de riesgo para la salud.

Aunque la investigación sea escasa, existen estudios en los cuales la amabilidad ha emergido como uno de los factores predictivos de los comportamientos de salud (Booth-Kewley y Vickers, 1994; Conway et al., 1992).

Taulbee Early (1958) muestra, en un estudio realizado con una muestra de pacientes que recibían tratamiento psicoterapéutico, que aquellos pacientes que finalizan su tratamiento de manera adecuada se caracterizan por una mejor disposición para comunicar sus molestias y fallos personales, y confían más en los médicos y en el tratamiento, resultados que son compartidos por otros investigadores (Adams y Scott, 2000; Ludwig et al., 1990, ambos estudios realizados con pacientes con trastornos mentales severos).

Por el contrario, los pacientes que interrumpen de forma prematura su tratamiento han sido definidos como individuos con una tendencia al escepticismo con respecto a los demás (Walti, Kolb y Willi, 1980). Además, los pacientes no cumplidores tienden a puntuar significativamente más bajo en las escalas de sinceridad (Hoffman y Jansen, 1973; Sheppard, Smith y Rosenbaum, 1988).

Estas características pueden estar relacionadas con las facetas de confianza y franqueza que forman parte del factor de amabilidad, ya que estas facetas reflejan que

las personas que puntúan alto consideran honestas a las personas que los rodean y son ellas mismas sinceras con los demás (Costa y McCrae, 1999).

Responsabilidad

La responsabilidad es factor de personalidad que no ha despertado entre los investigadores de la relación entre personalidad y comportamientos relacionados con la salud el suficiente interés, lo que indudablemente constituye una laguna (Christensen y Smith, 1995).

La responsabilidad ha sido relacionada con bajos niveles de uso de sustancias (Brook et al, 1986; Labouvie y McGee, 1986). Además, el compromiso, caracterizado por la responsabilidad individual, ha aparecido asociado con comportamientos positivos relacionados con la salud (Wiebe y McCallum, 1986).

Booth-Kewley y Vickers (1994) encontraron que la responsabilidad era un buen predictor de los comportamientos positivos de salud, resultados que concuerdan con los obtenidos por Conway y sus colaboradores (1992), que mostraron que la responsabilidad y la amabilidad eran los mejores predictores de personalidad de los comportamientos de salud.

Christensen y Smith (1995) mostraron, en su estudio con pacientes con problemas renales, la relevancia de la responsabilidad -medida a través del NEO-FFI-, en el sentido de que aquellos pacientes con mayores puntuaciones en responsabilidad mostraban una mejor adherencia al tratamiento farmacológico que aquellos que obtenían puntuaciones bajas. Pero esta relación no fue encontrada en lo que al cumplimiento de la dieta prescrita se refiere, en el cual el grado de responsabilidad no

diferenció de forma significativa a los pacientes cumplidores de los no cumplidores. Por el contrario, Spence y Gregory (1999) no encontraron que la responsabilidad fuera un factor significativo en la adherencia terapéutica en pacientes con el mismo trastorno.

Edwards (1999), encontró en pacientes diabéticos que las altas puntuaciones obtenidas en responsabilidad en el Big Five Inventory (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1993) estaban asociadas con una mejor adherencia subjetiva informada por los pacientes, pero no lo estaban con la adherencia medida de manera objetiva.

El comportamiento positivo relacionado con la salud requiere, con frecuencia, que las gratificaciones se demoren en el tiempo para obtener resultados futuros. El factor responsabilidad describe una alta propositividad, un estilo autodisciplinado, alto autocontrol, habilidad de centrarse en el futuro y desarrollar planes a largo plazo (Costa, McCrae y Dye, 1991; Digman, 1990; McCrae y John, 1992).

Costa y McCrae (1987b) definen a la persona responsable como alguien bien organizado, con una alta propositividad y con un estilo de personalidad autodisciplinado. Así, la responsabilidad implica disciplina y persistencia, cualidades que probablemente jueguen un papel decisivo en el mantenimiento de patrones de comportamiento de salud positivos, por lo que no es sorprendente que la responsabilidad tenga un efecto sustancial en el comportamiento saludable.

Esto es congruente con teorías previas que caracterizaban al abandono terapéutico como un problema de autocontrol, baja tolerancia a la frustración e incapacidad para demorar la gratificación como las causas principales del problema (e.g. Kaplan, De-Nour y Czaczkes, 1972; Rosenbaum y Ben-Ari Smira, 1986).

Una de las facetas que componen el factor de responsabilidad es la competencia. Este concepto hace referencia, entre otras cosas, a la sensación que la persona tiene de su propia capacidad. Así, los que obtienen puntuaciones elevadas se consideran autoeficaces y adecuadamente preparados para enfrentarse a la vida, mientras que aquellos que obtienen puntuaciones bajas no confían en sus habilidades y se consideran poco preparados y algo ineptos (Costa y McCrae, 1999). Tapler (1996) encontró en su estudio que la autoeficacia percibida de los pacientes estaba positivamente asociada con comportamientos saludables, de modo que aquellos pacientes que se consideraban eficaces mostraban comportamientos positivos relacionados con la salud en comparación con las personas que no se percibían como eficaces.

Otra de las facetas de la responsabilidad es la autodisciplina. Con este término Costa y McCrae se refieren a la habilidad de la persona para iniciar tareas y realizarlas hasta completarlas a pesar de las dificultades, inconvenientes y distracciones. Así, las puntuaciones altas en este factor reflejan una elevada capacidad para motivarse a sí mismo y persistir en la tarea hasta haberla finalizado, mientras que una baja puntuación define a una persona incapaz de esforzarse en hacer aquello que le gustaría.

En relación con esta faceta de autodisciplina, Doak (1980) y Lawrence (1982) demostraron que aquellos pacientes bajo tratamiento ambulatorio que se mantienen en la terapia hasta el final son más persistentes en sus tareas, mientras que aquellos que lo interrumpen prematuramente resultan ser más inquietos y menos tendentes a finalizar las tareas. Rubinstein y Lorr (1956) opinan que una combinación entre una mayor insatisfacción personal y una mayor capacidad de perseverar en la tarea -evidenciada por ejemplo en un alto rendimiento académico o continuidad laboral- son factores

decisivos para aceptar la frustración implícita en el largo y laborioso trabajo requerido por la psicoterapia.

Del mismo modo, Kanfer (1974) y Leventhal y sus colaboradores (1984) consideran que las cualidades implícitas en la responsabilidad, tales como la diligencia o la autodisciplina, pueden influir en la habilidad del paciente a la hora de manejar un régimen terapéutico estresante y complejo, ayudándole a cumplir con el mismo.

Relacionada con la faceta de necesidad de logro, que también forma parte de este factor, encontramos la motivación y aspiración a la consecución de metas. Krulee y Hales (1988) y Roberts (1985) encontraron en pacientes psiquiátricos ambulatorios y en pacientes neuróticos respectivamente, que la falta de interés y motivación por parte del paciente influían de forma negativa en el cumplimiento del tratamiento.

Estos resultados ya se constataron con anterioridad en estudios con muestras de pacientes tratados con psicoterapia, en los cuales se encontró que en aquellos pacientes que interrumpían su tratamiento aparecía una motivación deficiente (Luborsky et al., 1971; Walti, Kolb y Willi, 1980) Del mismo modo, los pacientes que continúan con su tratamiento son considerados por los terapeutas responsables del mismo como personas con una mayor motivación (Lorr, Kant y Rubinstein, 1958).

La motivación para iniciar y llevar a cabo un tratamiento es considerada como un factor que favorece la continuidad del mismo (Weber et al. 1974; Lawrence Stephen, 1982; Udell y Hornstra, 1975). En este sentido hay autores que diferencian entre la motivación intrínseca y la motivación extrínseca (Baekeland y Lundwall, 1975). Así, se ha constatado que los pacientes que son obligados a tratarse (Bodd, 1970) o que llegan a consulta con el fin de aplacar a alguna autoridad legal o familiar

(Heisler et al., 1982) abandonan el tratamiento con mayor frecuencia en comparación con los que acuden por deseo propio.

**7. FACTORES DETERMINANTES
EN EL ABANDONO TERAPÉUTICO:
EL PAPEL DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA**

7. FACTORES DETERMINANTES DEL ABANDONO TERAPÉUTICO: EL PAPEL DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA

7.1. PLANTEAMIENTO E HIPÓTESIS

El objetivo principal de esta investigación es poner de manifiesto el papel fundamental que la indefensión aprendida tiene en el patrón de adherencia terapéutica en las personas que están siendo tratadas en servicios de Salud Mental públicos por padecer algún tipo de trastorno mental.

La literatura acerca del tema es ciertamente escasa, por lo que se ha considerado relevante efectuar un estudio con población española para arrojar algo de luz sobre la influencia de este fenómeno psicológico en el abandono del tratamiento de dichos pacientes.

Con el fin de conocer la importancia de la indefensión aprendida, y de cada uno de los componentes que la forman, se han planteado las siguientes hipótesis:

Hipótesis general:

Las personas tratadas de forma ambulatoria por motivos de salud mental que abandonan el tratamiento muestran niveles más altos de indefensión aprendida en comparación con aquellos pacientes que cumplen debidamente con el tratamiento prescrito.

Hipótesis específicas:

- 1.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más bajas en la puntuación de *Internalidad Negativa* que aquellos pacientes que lo abandonan.
- 2.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen adecuadamente con su tratamiento obtienen puntuaciones más altas en la puntuación de *Internalidad Positiva* que aquellos pacientes que lo abandonan.
- 3.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más bajas en la puntuación de *Estabilidad Negativa* que aquellos pacientes que lo abandonan.
- 4.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento obtienen puntuaciones más altas en la puntuación de *Estabilidad Positiva* en comparación con aquellos que lo abandonan.
- 5.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más altas en la puntuación de *Globalidad Positiva* en comparación con aquellos que abandonan dicho tratamiento.
- 6.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más bajas en la puntuación de *Globalidad Negativa* que aquellos pacientes que lo abandonan.
- 7.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento presentan una mayor puntuación en el *Compuesto Positivo* que aquellos pacientes que lo abandonan.

8.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen una menor puntuación en el *Compuesto Negativo* que aquellos pacientes que abandonan el tratamiento.

El estudio de la influencia de la indefensión aprendida se ha querido completar con la consideración del papel que juegan las características de personalidad de los pacientes en el abandono del tratamiento.

Por este motivo se han tenido en cuenta los cinco grandes factores de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad), proponiéndose las siguientes hipótesis:

1.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento obtienen puntuaciones más bajas en la escala de *Neuroticismo* en comparación con aquellos que lo abandonan.

2.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento establecido por el profesional responsable obtienen puntuaciones más bajas en la escala de *Extraversión* que aquellos que lo abandonan.

3.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más bajas en la escala de *Apertura a la experiencia* en comparación con aquellos que abandonan dicho tratamiento.

4.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento obtienen puntuaciones más altas en la escala de *Amabilidad* en comparación con aquellos que lo abandonan.

5.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento obtienen puntuaciones más altas en la escala de *Responsabilidad* en comparación con aquellos que abandonan su tratamiento.

7.2. MATERIAL Y MÉTODO

7.2.1. Variables del estudio

Indefensión aprendida

La indefensión aprendida y cada uno de sus componentes han sido evaluados con el fin de conocer en profundidad la influencia que cada uno de ellos tiene en el abandono del tratamiento. Las variables medidas se detallan a continuación:

- ✓ *Internalidad - externalidad para los sucesos positivos*: esta puntuación hace referencia a las atribuciones internas que la persona lleva a cabo ante un acontecimiento positivo, es decir, el considerarse como responsable, en mayor o menor grado, del éxito obtenido.
- ✓ *Estabilidad - inestabilidad para los sucesos positivos*: se refiere al grado de estabilidad de las atribuciones realizadas por el sujeto para sucesos de carácter positivo. El sujeto considera que las causas del éxito son estables y se mantendrán a lo largo del tiempo -si puntúa alto en esta variable-, o que las causas son inestables y no estarán presentes en el futuro -si la puntuación es baja-.
- ✓ *Globalidad - especificidad para los sucesos positivos*: se refiere al grado de generalización de la atribución realizada a otras situaciones de éxito o positivas.

- ✓ *Compuesto positivo (no-depresión)*: comprende el conjunto de las características de las atribuciones realizadas para las situaciones de éxito o positivas.
- ✓ *Internalidad - externalidad para los sucesos negativos*: hace referencia a las atribuciones internas o externas que el sujeto realiza cuando se encuentra ante una situación de fracaso, considerándose más o menos responsable de dicho fracaso.
- ✓ *Estabilidad - inestabilidad para los sucesos negativos*: esta puntuación se refiere al nivel de estabilidad de las atribuciones realizadas para acontecimientos de carácter negativo. Así, una puntuación alta refleja que el sujeto considera que la causa del suceso negativo no aparecerá en un futuro, y una puntuación baja muestra que la persona considera que las causas de su fracaso se mantendrán un futuro.
- ✓ *Globalidad - especificidad para los sucesos negativos*: se refiere al grado de generabilidad de las atribuciones realizadas a otras situaciones de fracaso.
- ✓ *Compuesto negativo (depresión)*: se refiere al conjunto de las atribuciones realizadas por el sujeto ante acontecimientos negativos o de fracaso.
- ✓ *Puntuación de indefensión-no indefensión (PNI)*: ofrece una puntuación global que muestra la presencia o ausencia de indefensión (puntuación baja y alta respectivamente).

Variables de personalidad

A lo largo del tiempo se han ido definiendo modelos o teorías que intentan definir la personalidad en términos de factores, proponiéndose modelos compuestos desde tres hasta siete factores (e.g. Cloninger, 1987a; Gray, 1987).

Nunca se alcanzó un acuerdo acerca de la verdadera composición de la personalidad hasta que, de forma sorprendente, se llegó al consenso de lo que ha dado en llamarse los cinco grandes factores de la personalidad (Goldberg, 1981; 1993) o el *Modelo de los Cinco Factores* (FFM), llegando a considerarse que el descubrimiento de estas dimensiones básicas de la personalidad ha marcado uno de los momentos cruciales de la psicología de la personalidad (McCrae y John, 1992). Estos cinco grandes factores son: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad.

En la presente investigación, las variables de personalidad evaluadas son estos cinco grandes factores, ya que éstas son las consideradas actualmente las dimensiones básicas de la personalidad humana.

La siguiente tabla presenta estos factores de personalidad y las facetas que componen cada uno de ellos.

Factores	
N	Neuroticismo
E	Extraversión
O	Apertura
A	Amabilidad
C	Responsabilidad

Facetas de Neuroticismo

Ansiedad
Hostilidad
Depresión
Ansiedad Social
Impulsividad
Vulnerabilidad

Facetas de Extraversión

Cordialidad
Gregarismo
Asertividad
Actividad
Búsqueda de emociones
Emociones positivas

Facetas de Apertura

Fantasía
Estética
Sentimientos
Acciones
Ideas
Valores

Facetas de Amabilidad

Confianza
Franqueza
Altruismo
Actitud conciliadora
Modestia
Sensibilidad a los demás

Facetas de Responsabilidad

Competencia
Orden
Sentido del deber
Necesidad de logro
Autodisciplina
Deliberación

Tabla 23. *Factores de personalidad y facetas que los componen (Costa y McCrae, 1999).*

7.2.2. Muestra

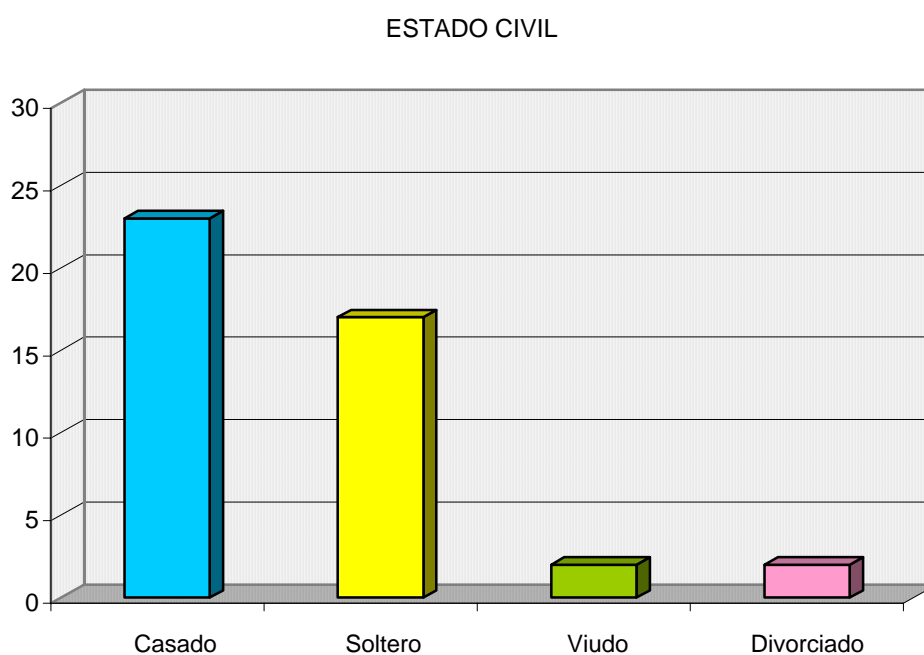
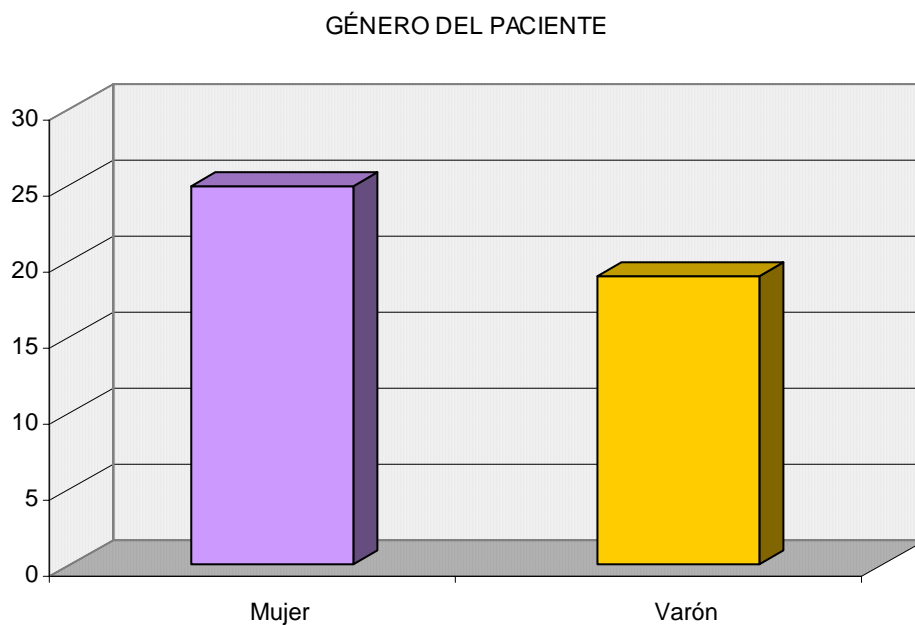
La muestra total de esta parte del estudio está compuesta por 88 sujetos, los cuales se distribuyen en dos grupos, experimental y control, los cuales se detallan a continuación.

Grupo experimental

A partir del grupo experimental de la primera parte de la investigación se extrajo una submuestra de forma aleatoria -eliminando únicamente los mayores de 65 años por poder presentar dificultades a la hora de completar el cuestionario de indefensión aprendida empleado- para llevar a cabo una exploración de las variables de personalidad e indefensión de los pacientes que han abandonado su tratamiento en algún momento desde que lo comenzaron en el año 1999. Esta submuestra está

compuesta por un total de 44 sujetos de los cuales 25 son mujeres y 19 varones, de edades comprendidas entre los 25 y los 65 años.

Las principales características sociodemográficas de este grupo se muestran en las siguientes gráficas.



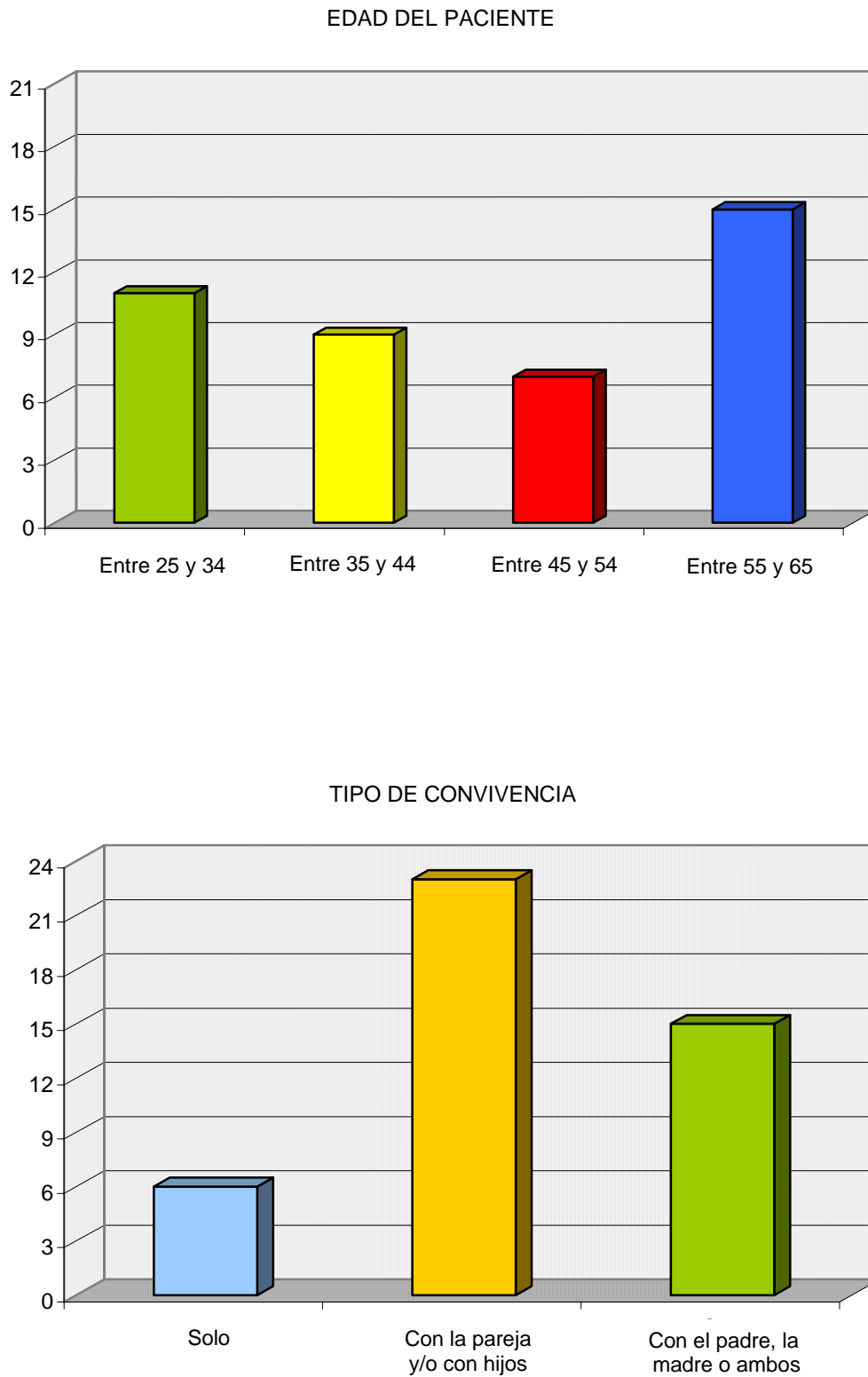
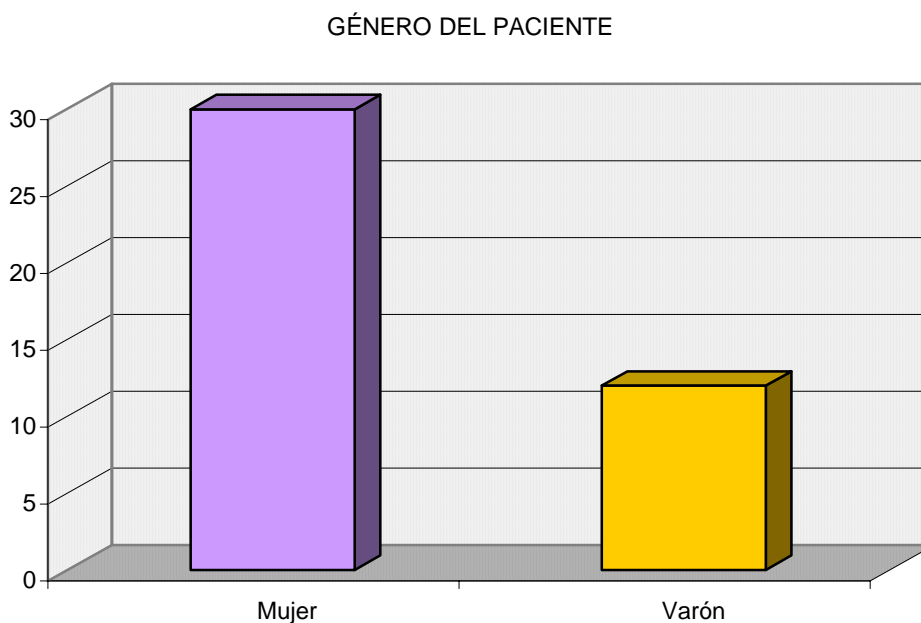


Figura 15. Principales variables sociodemográficas del grupo experimental de la muestra de la segunda parte del estudio.

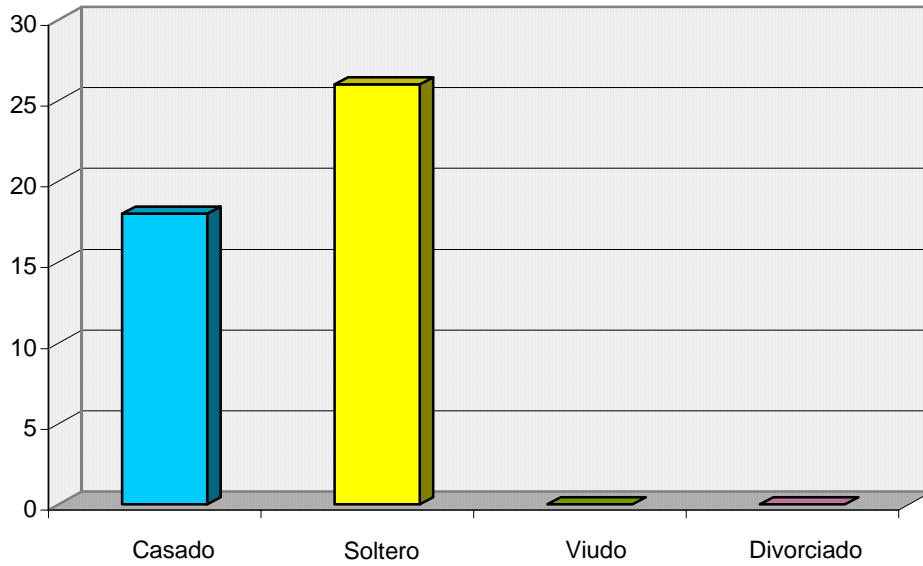
Grupo control

Del mismo modo que en el caso del grupo experimental, a partir del grupo control descrito en el apartado 5 se seleccionó aleatoriamente una submuestra - eliminando de nuevo a los mayores de 65 años-. Esta submuestra está compuesta por un total de 36 sujetos de los cuales 32 son mujeres y 12 son varones, de edades comprendidas entre los 23 y los 65 años de edad.

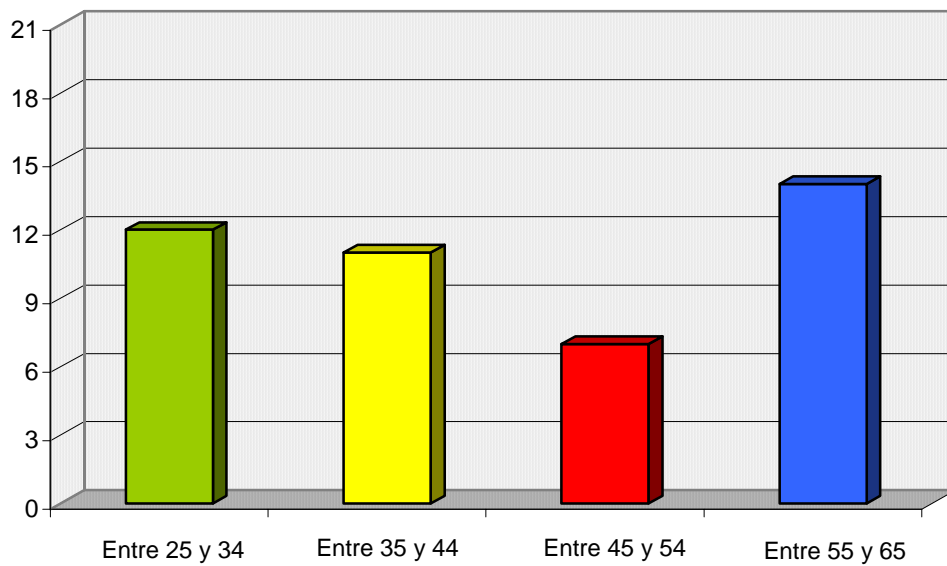
Las características sociodemográficas relevantes de esta submuestra se presentan a continuación en forma de gráficas.



ESTADO CIVIL



EDAD DEL PACIENTE



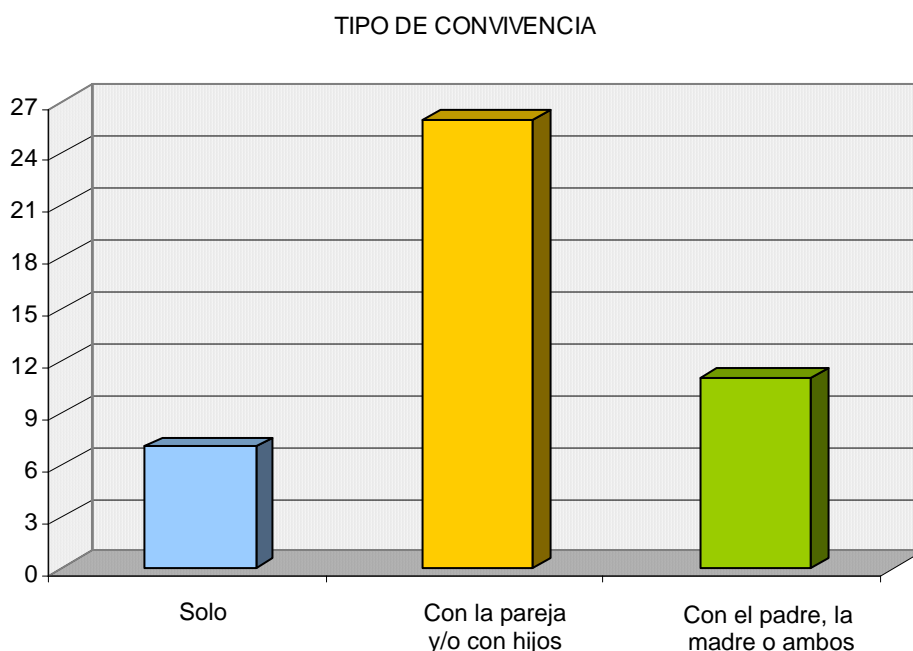


Figura 16. Principales variables sociodemográficas del grupo control de la muestra de la segunda parte del estudio.

Con el fin de poder eliminar la influencia que otras variables distintas de la indefensión aprendida o los factores de personalidad, se comprobó que ambos grupos no se diferenciaban estadísticamente en ninguna de las variables que no fueran la indefensión aprendida, o alguno de sus componentes, ni las variables de personalidad.

7.2.3. Material

Material para la evaluación de los factores de personalidad

El Inventario de los Cinco Factores NEO-PI (Costa y McCrae, 1999), está desarrollado basándose en el modelo de los cinco factores de la personalidad. La prueba está compuesta por 300 ítems a través de los cuales los sujetos expresan, a

través de una escala tipo Likert (desde enérgicamente de acuerdo hasta enérgicamente en desacuerdo) en qué medida las afirmaciones que se presentan en la prueba les representan o caracterizan. La edición actual de este inventario la constituye el NEO-PI-R, edición revisada del original.

A continuación se muestran cada uno de los factores de personalidad así como lo que representan las puntuaciones obtenidas a través del Inventario.

Características de puntuación alta	Escalas de rasgos	Características de puntuación baja
Preocupado, nervioso, emotivo, inseguro, deficiente, hipocondríaco	NEUROTICISMO (N) Evalúan la estabilidad vs inestabilidad emocional. Identifica a los individuos propensos a sufrimiento psicológico, ideas no realistas, antojos o urgencias excesivas y respuestas de afrontamiento no adaptativas	Calmado, relajado, no emotivo, fuerte, seguro, presumido
Sociable, activo, hablador, persona brillante, optimista, amante de la diversión, afectuoso	EXTRAVERSIÓN (E) Evalúa la calidad y la intensidad de la interacción entre personas, el nivel de actividad, la necesidad de estímulos y la capacidad de disfrutar	Reservado, sobrio, no exuberante, retraído, dedicado al trabajo, tímido, tranquilo
Curioso, con muchos intereses, creativo, original, imaginativo, no tradicional	ABIERTO A LA EXPERIENCIA (O) Evalúa la búsqueda y la valoración activas de la experiencia por sí mismo, tolerancia y exploración de lo desconocido	Convencional, realista, con pocos intereses, no artístico, no analítico

Bondadoso, generoso, confiado, servicial, indulgente, crédulo, sincero	AMABILIDAD (A) Evalúa la calidad de la propia orientación interpersonal a lo largo de un continuo desde la compasión a la rivalidad de pensamientos, sentimientos y acciones	Cínico, grosero, suspicious, no cooperativo, vengativo, manipulador, irritable
Organizado, digno de confianza, trabajador, autodisciplinado, puntual, escrupuloso, limpio, ambicioso, perseverante	RESPONSABILIDAD (C) Evalúa el grado de organización del individuo, la perseverancia y la motivación en la conducta dirigida aun objetivo. Compara la gente responsable y exigente con aquellos que son distraídos y descuidados	Sin propósito, no confiable, perezoso, descuidado, relajado, de voluntad débil, hedonista

Tabla 24. *Características de las puntuaciones del Cuestionario de los Cinco Factores NEO - PI (Costa y McCrae, 1999).*

Con respecto a las propiedades psicométricas de la prueba tanto la validez como la fiabilidad son satisfactorias. Dentro de la validez se ha encontrado que la correlación entre el NEO-PI y diversos instrumentos basados en el modelo de los cinco factores de la personalidad apoya la validez de constructo de esta prueba (Goldberg, 1989; McCrae, Costa y Busch, 1986).

En cuanto a la consistencia interna, el coeficiente alfa llega a alcanzar valores de hasta .95 en alguno de los factores, alcanzando en el resto de los factores un valor siempre satisfactorio.

En la fiabilidad test-retest los valores oscilan entre .86 y .91 dependiendo de los factores analizados, siendo el valor más elevado el encontrado en el factor Extraversión (McCrae y Costa, 1983).

El inventario NEO ofrece una medida abreviada (NEO-FFI: Inventario NEO reducido de Cinco Factores) que proporciona información acerca de las cinco dimensiones principales de personalidad y de algunos de los rasgos más relevantes que definen a cada una de ellas. Para la evaluación de las variables de personalidad en la presente investigación se ha empleado dicha versión abreviada, ya que debido a las condiciones experimentales no era recomendable el empleo del cuestionario completo.

Aunque existen nuevos baremos para esta forma abreviada, la prueba en sí no ha sido modificada, sino que se ha realizado una selección minuciosa de los elementos más relevantes, por lo que se considera que las propiedades psicométricas siguen siendo satisfactorias (McCrae y Costa, 1999).

El Inventario NEO reducido de los Cinco Factores (NEO - FFI) se incluye en el Anexo II.

Material para la evaluación de la indefensión aprendida y el estilo atribucional

Para la evaluación de la indefensión aprendida y sus componentes de los pacientes se ha empleado el Cuestionario de Estilo Atribucional: ASQ (Attributional Style Questionnaire) (Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman, 1982).

El cuestionario está compuesto por doce situaciones hipotéticas de la vida cotidiana a las cuales el paciente debe contestar en una escala de tipo Likert de 7 puntos en relación con las dimensiones de la explicación causal para cada una de las situaciones. De todos los sucesos seis de ellos son de carácter positivo (reflejan éxito) y los seis restantes negativos (fracaso).

A través de esta prueba se evalúa la tendencia que tienen las personas a realizar atribuciones en un determinado sentido cuando se enfrentan a sucesos concretos, tanto positivos como negativos, representativos de los que ocurren en la vida real. La información que proporciona es muy completa, ya que se pueden obtener puntuaciones compuestas de los sucesos positivos y negativos por separado, así como puntuaciones independientes de internalidad, estabilidad y globalidad de estos eventos y una puntuación global de indefensión-no indefensión.

Con respecto a las propiedades psicométricas de la prueba éstas parecen satisfactorias en lo que a consistencia interna, estabilidad de los compuestos y fiabilidad test-retest se refiere. La consistencia interna de alfa es de .75 para el compuesto positivo y .72 para el compuesto negativo. En lo que se refiere a la fiabilidad encontramos un .70 de fiabilidad test-retest para el compuesto positivo y .64 en el caso del compuesto negativo (Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman, 1982). Las correlaciones test-retest se presentan en una tabla a continuación:

	r
Dimensión atribucional para sucesos positivos	
Internalidad	.58
Estabilidad	.65
Globalidad	.59
Compuesto positivo	.70
Dimensión atribucional para los sucesos negativos	
Internalidad	.64
Estabilidad	.69
Globalidad	.57
Compuesto negativo	.64

p >.001

Tabla 25. *Correlaciones Test-Retest (N=100). (Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman, 1982).*

El Cuestionario de Estilo Atribucional ASQ se incluye completo en el Anexo II.

7.2.4. Análisis estadístico

✓ Estadísticos descriptivos

Como estadísticos descriptivos se han incluido la media, la moda, la desviación típica y el valor máximo y mínimo de las variables estudiadas.

✓ Diferencia de las muestras

En este caso las variables estudiadas son de tipo cuantitativo, por lo que el método de análisis empleado para la diferencia de los sujetos que forman los grupos control y experimental ha sido la prueba *t de Student* para muestras independientes.

- ✓ Regresión logística para hallar el perfil del paciente con alto riesgo de abandono

De nuevo, con el objeto de evaluar la asociación de aquellas variables que obtenían un nivel de significación mayor de 0,05 en la prueba *t*, se ajustó un modelo de regresión logística por pasos. Como se ha comentado anteriormente, este modelo permite identificar y evaluar la relación entre el abandono terapéutico y el conjunto de covariables explicativas de este, que en la parte de la investigación que nos ocupa son la indefensión aprendida y cada uno de sus componentes, y los cinco factores de personalidad señalados.

El paquete informático utilizado para llevar a cabo el conjunto del análisis estadístico fue el SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows en su versión 11.0.

7.2.5. Procedimiento

De la muestra total se extrajeron aleatoriamente 134 sujetos para ser evaluados telefónicamente aplicándoles el Inventario de Cinco Factores NEO-FFI y el Cuestionario de Estilo Atribucional ASQ. A los pacientes así seleccionados se les envió una carta firmada por el profesional responsable de su tratamiento en la cual se explicaba el propósito de esta investigación y se solicitaba su consentimiento informado para ser telefoneado con el fin de llevar a cabo la evaluación. La carta enviada a los pacientes puede encontrarse en el Anexo III.

De la muestra seleccionada 37 sujetos no recibieron la carta debido a un error en la dirección postal del paciente o a un cambio de domicilio. De los 97 sujetos que

recibieron la carta 9 de ellos no desearon participar en el estudio, por lo que la muestra final quedó compuesta por 88 pacientes.

Una vez obtenido el consentimiento de los sujetos se procedió a la realización de las llamadas telefónicas, las cuales tenían una duración media aproximada de 40 minutos. En ellas, el paciente era informado del motivo de la llamada y del objetivo de la investigación, tras lo cual se procedía a la aplicación del cuestionario de indefensión aprendida (ASQ) y el cuestionario de personalidad (NEO-FFI).

7.3. RESULTADOS

7.3.1. Indefensión aprendida.

Estadísticos descriptivos

Los estadísticos descriptivos media, desviación típica y puntuación máxima y mínima de cada una de las variables, para cada uno de los grupos, se presentan en las siguientes tablas.

✓ Estadísticos descriptivos del grupo control

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
INT.NEG	1,33	5,83	3,4964	1,17959
EST.NEG	1,50	5,00	3,2018	1,06812
GLO.NEG	1,16	6,83	4,3605	1,57148
INT.POS	3,16	7,33	4,9968	1,06407
EST.POS	3,33	6,50	4,8609	,79127
GLO.POS	3,66	7,00	5,4582	,92975
COMP.POS	11,66	19,83	15,3432	2,03466
COMP.NEG	6,33	14,66	11,0182	2,41332
INDEFENS	-,17	9,33	4,3250	2,75024

Tabla 26. *Estadísticos descriptivos de la variable indefensión aprendida y sus componentes del grupo control.*

✓ Estadísticos descriptivos del grupo experimental

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
INT.NEG	1,33	5,16	3,7318	1,13425
EST.NEG	1,50	5,00	3,4064	1,06610
GLO.NEG	2,16	6,83	4,6550	1,45084
INT.POS	2,66	6,50	4,4286	,87894
EST.POS	2,66	6,66	4,6932	1,11709
GLO.POS	1,50	6,83	5,3677	1,23984
COMP.POS	6,83	19,16	14,4950	2,57749
COMP.NEG	6,50	22,65	12,2305	3,63988
INDEFENS	-8,67	7,14	2,2641	4,34847

Tabla 27. *Estadísticos descriptivos de la variable indefensión aprendida y sus componentes del grupo experimental.*

Con el fin de tener una visión clara de los perfiles de las puntuaciones de cada uno de los grupos se presentan a continuación, en forma de gráfico, las puntuaciones medias -y puntuaciones mínimas y máximas en el caso de la indefensión- del grupo control y experimental en cada una de las variables reflejadas en las tablas anteriores.

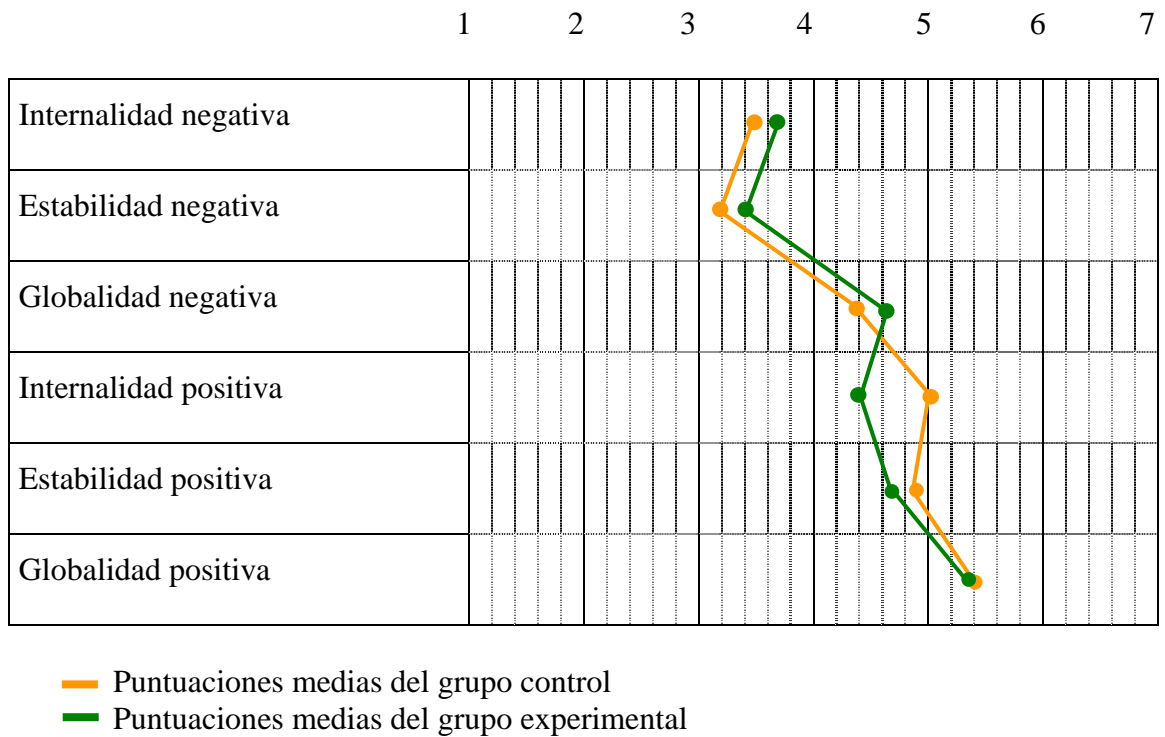


Figura 17. Perfiles de las puntuaciones medias de los grupos control y experimental, para las variables internalidad, estabilidad y globalidad para los sucesos negativos y positivos.

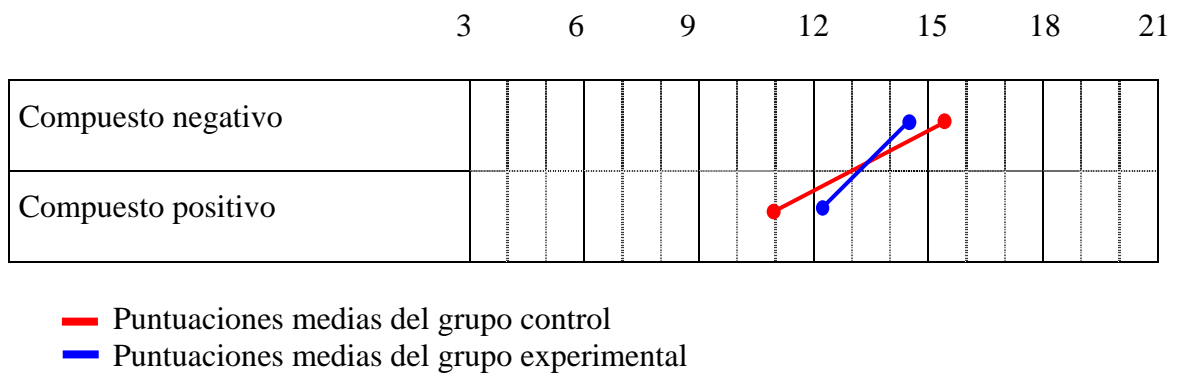


Figura 18. Perfiles de las puntuaciones medias de los grupos control y experimental, para las variables compuesto negativo y compuesto positivo.

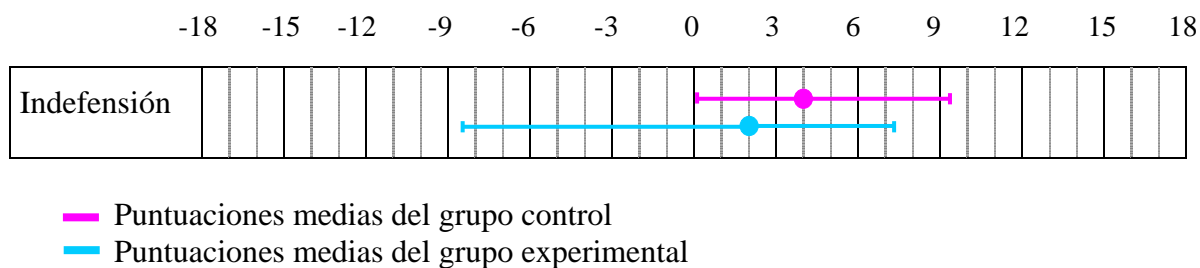


Figura 19. Perfiles de las puntuaciones medias, puntuaciones mínimas y máximas de los grupos control y experimental para la variable indefensión.

Diferencia de medias

Para conocer la existencia o no de diferencias entre la muestra control y la muestra experimental se ha llevado a cabo el análisis estadístico de *t de Student*, el cual ha mostrado los resultados reflejados en las tablas a continuación. Las variables en las que la diferencia ha resultado estadísticamente significativa aparecen sombreadas y en negrita, mientras que las variables que se encuentran cercanas a la significación estadística aparecen únicamente sombreadas.

Prueba t para la igualdad de medias

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la diferencia al 95%	
						Inferior	Superior
INT.NEG.	-,954	86	,343	-,2355	,24670	-,72588	,25498
EST.NEG.	-,899	86	,371	-,2045	,22751	-,65682	,24773
GLO.NEG.	-,913	86	,364	-,2945	,32244	-,93553	,34644
INT.POS.	2,731	86	,008	,5682	,20806	,15456	,98180
EST.POS.	,813	86	,419	,1677	,20638	-,24253	,57799
GLO.POS.	,387	86	,700	,0905	,23363	-,37399	,55489
COMP.POS.	1,713	86	,090	,8482	,49505	-,13595	1,83231
COMP.NEG.	-1,841	86	,069	-1,2123	,65839	-2,52110	,09656
INDEFENSIÓN	2,657	86	,009	2,0609	,77567	,51894	3,60288

Tabla 28. Diferencia de medias en indefensión aprendida y sus componentes.

Como podemos comprobar a partir de los resultados obtenidos, las variables que han resultado ser estadísticamente diferentes en las muestras que componen el estudio son la *Internalidad Positiva* y la *Indefensión*. A continuación se interpretan los datos obtenidos en cada variable de forma individual.

Internalidad Negativa

En esta variable no se ha encontrado que la diferencia sea estadísticamente significativa, y ni siquiera podemos hablar de que aparezca cierta tendencia, ya que las medias obtenidas por los grupos son muy similares, y la p está muy lejos de ser significativa ($p=,343$).

Por lo tanto, la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes no parece estar relacionada con el grado de internalidad de las atribuciones que estos realizan ante una situación de carácter negativo. Así, los pacientes que cumplen con su tratamiento y aquellos que lo abandonan se consideran responsables de los acontecimientos negativos o fracasos en la misma medida. La media obtenida en esta puntuación se encuentra en la parte central del rango de la puntuación, tanto en el grupo control como en el grupo experimental (3,4969 y 3,7318 respectivamente, en una puntuación que puede oscilar entre 1 y 7), por lo que podemos considerar que los individuos evaluados se consideran responsables en cierta medida, pero no del todo, de los sucesos negativos ante los que se encuentran a lo largo de su vida.

Estabilidad Negativa

Con respecto a las puntuaciones obtenidas por ambos grupos en esta variable, éstas no se diferencian de manera significativa, por lo que podemos concluir que los pacientes que cumplen con su tratamiento y aquellos que no lo cumplen no se diferencian en cuanto a las atribuciones realizadas acerca de la estabilidad de los acontecimientos negativos, es decir, la consideración de que las causas del fracaso se mantendrán un futuro.

De nuevo, como en el caso de la variable anterior, no se puede hablar ni siquiera de que exista cierta tendencia, ya que las medias son similares y la p dista mucho de alcanzar la significación ($p=,371$).

Las puntuaciones obtenidas por ambos grupos son moderadas, ya que, en una puntuación que puede encontrarse entre 1 y 7, las medias son de 3,2018 -para el grupo control- y 3,4064 -para el grupo experimental-. Estas puntuaciones revelan que los pacientes incluidos en ambos grupos consideran que es posible que las causas que han provocado los sucesos negativos se mantengan en el futuro, aunque no siempre tendrá por que ser así.

Globalidad Negativa

Ante la misma situación nos encontramos en esta variable. Las puntuaciones obtenidas por el grupo control y el grupo experimental no son significativamente diferentes ($p=,364$), por lo que podemos concluir que ambos no se diferencian en lo que se refiere a la generabilidad de las atribuciones realizadas a otras situaciones de fracaso.

Las medias obtenidas en esta variable (4,3605 y 44,6550 para el grupo control y experimental respectivamente) son más elevadas que las conseguidas en *Internalidad* y *Estabilidad Negativa*, lo que muestra que, aunque los pacientes entrevistados no se consideren totalmente responsables de los acontecimientos negativos que les suceden, y piensen que no tienen por qué repetirse en un futuro, consideran que las causas que provocan los sucesos negativos afectan de manera considerable a otras áreas de la vida, no limitándose únicamente a una única situación negativa concreta.

☑ *Internalidad Positiva*

Las diferencias encontradas en esta variable si han resultados estadísticamente significativas ($p=,008$), lo que pone de manifiesto que ambos grupos no se consideran responsables de las situaciones de carácter positivo en la misma medida.

La puntuación obtenida por los pacientes que cumplen su tratamiento es más elevada que la conseguida por aquellos pacientes que lo abandonan (4,9968 para el grupo control y 4,4286 para el grupo experimental). Por ello, podemos afirmar que los pacientes que se adhieren a la terapia se ven a ellos mismos como más responsables de los éxitos logrados en comparación con los pacientes que abandonan el tratamiento.

Este resultado puede tener una gran implicación clínica, ya que el considerarse responsable de los éxitos puede ser un motivador intrínseco del cumplimiento, ya que los pacientes se considerarían a sí mismos como los responsables del éxito del tratamiento.

☑ *Estabilidad Positiva*

En la *Estabilidad Positiva* nos volvemos a encontrar con una falta de significación estadística en la diferencia de medias. Ambas puntuaciones están muy próximas entre sí (4,8609 y 4,6932 para el grupo control y el grupo experimental respectivamente), y la p dista mucho de la significación ($p=,419$).

Así, encontramos que en lo referente a las atribuciones realizadas por los pacientes en cuanto a la estabilidad para los sucesos de carácter positivo, no existen diferencias entre los pacientes que cumplen el tratamiento prescrito y aquellos que lo abandonan. Ambos grupos consideran que los éxitos o sucesos positivos se mantendrán en gran medida a lo largo del tiempo, ya que las puntuaciones obtenidas se encuentran

por encima del nivel medio de las posibles puntuaciones que pueden aparecer en esta variable (rango entre 1 y 7).

Globalidad Positiva

En cuanto a la puntuación que hace referencia a la generalidad de la atribución realizada en una situación de éxito a otras situaciones de carácter positivo, los grupos no se diferencian estadísticamente, siendo las puntuaciones encontradas las más parecidas en el estudio (5,4582 para el grupo control y 5,3677 para el grupo experimental).

El valor de la p en esta variable ha sido la más alejada de la significación de todas ($p=,700$), lo que pone de manifiesto la completa falta de diferencias entre ambos grupos en lo que a la *Globalidad Positiva* se refiere.

Compuesto Positivo

Tanto el *Compuesto Positivo* como el *Compuesto Negativo*, que veremos a continuación, están cerca de lograr la significación estadística, si bien no llegan a alcanzarla.

El *Compuesto Positivo* hace referencia a la realización de atribuciones para las situaciones de éxito o positivas, teniendo en cuenta todos los componentes atribucionales: internalidad, estabilidad y globalidad.

Encontramos cierta tendencia -sin significación estadística ($p=,090$)- con respecto a esta variable en el sentido de que los pacientes que cumplen el tratamiento prescrito por el psicólogo o psiquiatra consideran que los sucesos positivos tienen un estilo atribucional más interno, estable y global, en comparación con los pacientes que

abandonan el tratamiento que no consideran las causas de los sucesos positivos sean tan internas, estables y globales.

Esta tendencia es debida en gran parte a la diferencia estadística encontrada en la puntuación de *Internalidad Positiva*, ya que es el único componente de carácter positivo que ha resultado significativo en el análisis de diferencia de medias.

De cualquier modo, las medias de los grupos en esta variable son elevadas, ya que se encuentran en torno a 15 (15,3432 para el grupo control y 14,4950 para el grupo experimental), cuando la puntuación puede oscilar entre 3 y 21. Esto pone de manifiesto que tanto los pacientes que cumplen el tratamiento como los que lo abandonan consideran que los acontecimientos positivos se deben en mayor o menor grado a ellos mismos, son estables en gran medida y afectan a otras áreas vitales.

Compuesto Negativo

Esta medida hace referencia a las atribuciones realizadas por el sujeto ante acontecimientos negativos o de fracaso, atendiendo al conjunto de dimensiones atribucionales, es decir a la internalidad, estabilidad y globalidad.

La tendencia encontrada en el *Compuesto Negativo* está aun más cerca de la significación estadística que la del *Compuesto Positivo* ($p=,069$). Esta tendencia muestra que los pacientes que cumplen el tratamiento se consideran menos responsables de las situaciones negativas que los sujetos que lo abandonan, creen que dichos sucesos son menos estables de lo que los consideran los sujetos que abandonan la terapia, y no les afectan tanto a otras áreas de la vida como a los sujetos que no se adhieren al tratamiento.

La tendencia aquí observada es debida a las diferencias entre los grupos en todos los componentes atribucionales de las situaciones de carácter negativo, ya que, aunque no hayan resultado significativas en ningún caso, existe una tendencia en todas ellas que apunta en la dirección aquí señalada.

Indefensión

Con respecto a la puntuación de indefensión, la diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa ($p=,009$), siendo la media más elevada en el grupo control (4,3250) que en el grupo experimental (2,2641). Este resultado muestra que los pacientes que se adhieren adecuadamente a su tratamiento presentan niveles más bajos de indefensión que los pacientes que no cumplen con él, ya que cuanto más alta es la puntuación obtenida en el ASQ menor es el nivel de indefensión.

Un dato a tener en cuenta es la variabilidad existente en las puntuaciones de los grupos. En el caso del grupo control, las puntuaciones oscilan entre -,17 y 9,33, lo que muestra que ninguno de los sujetos ha presentado indefensión (únicamente un sujeto ha obtenido una puntuación negativa, que puede variar entre -18 y 0, y señala la presencia de indefensión). Por el contrario, las puntuaciones del grupo experimental oscilan entre -8,76 y 7,14, y un mayor número de sujetos han obtenido puntuaciones negativas (concretamente 15 personas), lo que indica que los niveles de indefensión en determinadas personas de este grupo son algo elevados.

Pero el conjunto de ninguno de los grupos ha obtenido altos niveles de indefensión, por lo que más que asociar la indefensión con el abandono de la terapia, parece que deberíamos asociar la no indefensión -dominio aprendido- con el

cumplimiento, de modo que cuanto más lejos esté una persona de sufrir indefensión más probable será que cumpla con el tratamiento prescrito.

7.3.2. Variables de personalidad

Estadísticos descriptivos

Los estadísticos descriptivos media, desviación típica y puntuación máxima y mínima de cada una de las variables, para cada uno de los grupos, se presentan en las siguientes tablas.

- ✓ Estadísticos descriptivos del grupo control

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
NEUROTÍ	24	43	35,18	5,297
EXTRAVER	33	47	39,36	3,616
APERTURA	26	42	37,55	3,855
AMABILID	30	44	37,95	3,537
RESPONSA	37	51	42,59	3,866

Tabla 29. Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad del grupo control.

✓ Estadísticos descriptivos del grupo experimental

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
NEUROTÍ	30	46	38,68	4,987
EXTRAVER	35	44	40,27	2,591
APERTURA	32	48	39,05	3,754
AMABILID	30	46	37,09	4,091
RESPONSA	35	49	41,27	3,624

Tabla 30. Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad del grupo experimental.

A continuación se presentan los perfiles de personalidad del grupo control y el grupo experimental, generados a partir de las puntuaciones medias de cada uno de los factores de personalidad valorados.

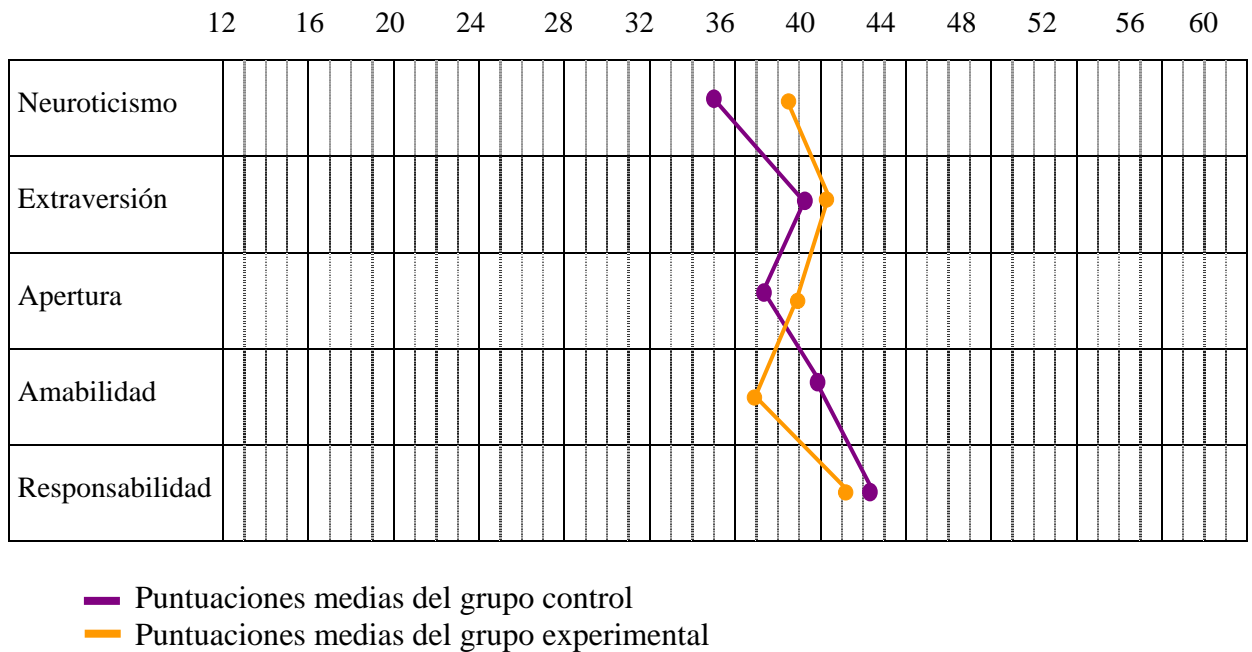


Figura 20. *Perfiles de personalidad del grupo control y grupo experimental.*

Diferencia de medias

Para conocer la existencia o no de diferencias entre la muestra control y la muestra experimental se ha llevado a cabo el análisis estadístico de *t de Student*, el cual ha mostrado los resultados reflejados en las tablas a continuación.

Las variables en las que la diferencia ha resultado estadísticamente significativa aparecen sombreadas y en negrita, y aquellas que se encuentran cercanas a la significación aparecen únicamente sombreadas.

Prueba t para la igualdad de medias							
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Intervalo de confianza para la diferencia al 95%	
						Inferior	Superior
NEUROTICISMO	-3,191	86	,002	-3,50	1,097	-5,680	-1,320
EXTRAVERSIÓN	-1,356	86	,179	-0,91	,671	-2,242	,424
APERTURA	-1,849	86	,068	-1,50	,811	-3,112	,112
AMABILIDAD	1,059	86	,292	,86	,815	-,757	2,484
RESPONSIVIDAD	1,650	86	,103	1,32	,799	-,270	2,906

Tabla 31. Diferencia de medias en los factores de personalidad.

Los resultados muestran que la única variable que ha resultado ser estadísticamente diferente en las muestras que componen el estudio es el *Neuroticismo*, si bien encontramos otras variables que se encuentran cerca de la significación. Los datos obtenidos para cada uno de los factores de personalidad se comentan a continuación de manera individual.

Neuroticismo

Este factor es el único que ofrece unos resultados claros acerca de las diferencias de personalidad entre los pacientes que cumplen adecuadamente con su tratamiento y los pacientes que lo abandonan de forma prematura.

La diferencia encontrada entre ambos grupos es estadísticamente significativa ($p=,002$), siendo las puntuaciones más elevadas las correspondientes al grupo experimental (35,18 para el grupo control y 38,68 para el grupo experimental). Este factor evalúa la estabilidad-inestabilidad emocional e identifica a los sujetos con propensión a padecer sufrimiento psicológico y que muestran una falta de respuestas de afrontamiento adaptativas. Así, podemos afirmar que los pacientes que no se adhieren al tratamiento son más nerviosos e inseguros, poseen ideas menos realistas y urgencias excesivas, y presentan menor nivel de relajación y seguridad, en comparación con aquellos pacientes que cumplen el tratamiento prescrito.

En cualquier caso, la media obtenida por el grupo control tampoco es excesivamente baja (la puntuación en cada factor puede oscilar entre 12 y 60), lo que demuestra que los pacientes tratados en Servicios de Salud Mental de forma ambulatoria presentan, aunque cumplan su tratamiento, ciertos niveles de nerviosismo, inseguridad e hipocondría, y no poseen un gran repertorio de estrategias de afrontamiento adaptativas.

Extraversión

La significación estadística de la diferencia de medias en este factor no es lo suficientemente elevada ($p=,179$), por lo que podemos concluir que no existen diferencias significativas entre los grupos control y experimental en cuanto a la calidad e intensidad de la interacción con otras personas, el nivel de actividad, la necesidad de estimulación y la capacidad para disfrutar.

La diferencia encontrada no muestra ni siquiera una mayor tendencia a la extraversión en los pacientes que abandonan el tratamiento (40,27) frente a aquellos

que lo cumplen (39,36), ya que las medias son muy similares. Esto pone de manifiesto que los pacientes que forman ambos grupos presentan un nivel parecido de sociabilidad, actividad, optimismo y afecto, no siendo este un nivel muy bajo, puesto que la media, en ambos casos, se encuentra por encima del punto medio del rango posible de puntuación (rango entre 12 y 60).

Apertura a la experiencia

En el caso del factor de *Apertura* el análisis estadístico no ha arrojado resultados estadísticamente significativos, pero podemos observar cierta tendencia, ya que la *p* se sitúa muy cerca de la significación ($p=,068$).

Los sujetos que no se adhieren al tratamiento prescrito presentan una mayor puntuación en este factor (39,05) que los pacientes que cumplen su tratamiento (37,55), lo que muestra que los primeros son más curiosos, creativos, imaginativos y originales, y poseen una gran cantidad de intereses, mientras que los pacientes que cumplen la terapia son más convencionales, realistas y con pocos intereses.

Esto no significa que estos últimos sean convencionales y poco creativos, ya que las puntuaciones son en ambos casos moderadas, sino que en comparación con el grupo experimental, las personas que forman el grupo control presentan una menor búsqueda y valoración de experiencias por sí mismos y una menor exploración de lo desconocido.

Amabilidad

Las puntuaciones obtenidas por los grupos en el factor *Amabilidad* son prácticamente idénticas (37,95 para el grupo control y 37,09 para el grupo

experimental), por lo que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes cumplidores y aquellos cuya adherencia es mala.

Este factor de personalidad evalúa la cualidad de la orientación interpersonal a lo largo de un continuo que va desde la compasión a la rivalidad de pensamientos, sentimientos y acciones. Así, las personas que obtienen puntuaciones altas en este factor se caracterizan por ser bondadosas, generosas, confiadas, serviciales, indulgentes, crédulas y sinceras, mientras que las puntuaciones bajas describen a las personas como cínicas, groseras, suspicaces, no cooperativas, vengativas, manipuladoras e irritables.

Ambos grupos muestran medias moderadas dentro del rango de puntuación posible (entre 12 y 60), por lo que podemos concluir que ambos grupos presentan características similares y adecuadas en lo que se refiere a la calidad de su relaciones interpersonales.

Responsabilidad

El último factor de personalidad que nos ocupa es la *Responsabilidad*. Este factor evalúa el grado de organización del individuo, así como la perseverancia y la motivación en la conducta encaminada hacia un objetivo.

Las diferencias encontradas entre los grupos control y experimental no alcanzan la significación estadística, pero no distan mucho de ella ($p=,103$), por lo que podemos hacer alusión a la existencia de cierta tendencia.

Es lógico pensar que los pacientes que cumplen con las recomendaciones terapéuticas obtendrán puntuaciones más altas en este factor, mostrando así una mayor responsabilidad y exigencia en comparación con los pacientes que no se adhieren al

tratamiento. Así, el grupo control obtiene una puntuación algo más alta que el grupo experimental (42,59 y 41,27 respectivamente), aunque la diferencia es muy leve.

Las puntuaciones en ambos grupos son bastante altas, lo que demuestra que las personas que no cumplen su tratamiento no es que sean distrídas, descuidadas, relajadas y de voluntad débil, ya que tienen la suficiente responsabilidad y autodisciplina necesaria para acudir a un Servicio de Salud Mental para pedir ayuda y comenzar un tratamiento. Quizá, esa pequeña diferencia en la puntuación entre un grupo y el otro (diferencia que suponemos que aumentaría si la muestra fuera más amplia) sea la responsable de que las personas terminen o no su tratamiento.

7.3.3. Perfil de abandono a partir de factores de personalidad e indefensión aprendida

Las variables que pasaron a formar parte del análisis de regresión logística fueron aquellas que en el análisis de la diferencia de medias eran significativas o se encontraban cerca de la significación. El criterio de inclusión en el análisis fue que todas las variables cuya significación estadística alcanzaba valores menores de ,20 entraran a formar parte del análisis de regresión.

Con el fin de obtener la ecuación de regresión óptima se fueron eliminando, en pasos sucesivos, las variables que no resultaban significativas en el análisis de regresión logística. Los resultados de dicho análisis se presentan en las siguientes tablas, en las que se reflejan las variables incluidas en el modelo de regresión, las cuales ejercen su influencia sobre el abandono terapéutico de manera independiente.

Variables en la ecuación	B	Sig.	OR	I.C. 95.0% para OR	
				Inferior	Superior
INTERNO POSITIVO	-,604	,011	,547	,336	,889
NEUROTICISMO	,127	,004	1,135	1,035	1,245
APERTURA	,111	,080	1,117	,983	1,270

Tabla 32 . Variables de personalidad e indefensión incluidas en la ecuación de regresión logística (paso 2)

La interpretación de estos datos nos permite extraer las siguientes conclusiones:

Internalidad positiva

La significación alcanzada por la variable *Internalidad Positiva* en el análisis de regresión es satisfactoria ($p=,011$), lo que nos lleva a considerar seriamente la influencia que ejerce esta variable en el comportamiento de adherencia del paciente.

Los resultados reflejados en la tabla anterior (Tabla 32) ilustran el hecho de que cuanto mayor sea la puntuación obtenida en *Internalidad Positiva*, en el Cuestionario de Estilo Atribucional ASQ, menor será la probabilidad de que el paciente abandone el tratamiento que está llevando a cabo. Concretamente, cuando aumenta una unidad la puntuación obtenida en este componente de la indefensión aprendida, la probabilidad de que el paciente abandone el tratamiento prescrito se reduce aproximadamente un 45%.

El intervalo de confianza obtenido en esta variable se sitúa entre ,336 y ,889, por lo que, aunque el grado exacto de influencia no se encuentra claramente delimitado, el importante papel que esta variable juega en el abandono queda claramente demostrado.

Neuroticismo

En lo que se refiere a la variable de personalidad *Neuroticismo*, la significación estadística alcanzada en el análisis es, de nuevo, más que satisfactoria ($p=,004$).

En este caso la influencia ejercida se encuentra en la dirección contraria que en el caso de la variable anteriormente explicada, ya que cuanto mayor es la puntuación en *Neuroticismo* mayor es la probabilidad de abandono terapéutico. A partir de la interpretación de los resultados podemos afirmar que cuando aumenta una unidad la puntuación obtenida en este factor de personalidad, medido a través del Cuestionario de Personalidad NEO-FFI, la probabilidad de que el paciente abandone su tratamiento se ve incrementada un 13,5%.

Atendiendo a los valores obtenidos en el intervalo de confianza este incremento en el abandono puede oscilar entre un 3,5% y un 24,5%, ya que el intervalo de confianza para esta variable se encuentra entre 1,035 y 1,245. De cualquier modo, queda demostrada la influencia negativa que el aumento en el factor de personalidad *Neuroticismo* ejerce sobre la adherencia terapéutica.

Apertura a la experiencia

La influencia ejercida por el factor *Apertura a la Experiencia* no queda tan claro como en las anteriores variables. En este caso no ha sido posible alcanzar la significación estadística, pero al no encontrarse muy distante de ésta ($p=,080$) hemos considerado adecuado hacer mención al posible papel relevante de este factor de personalidad.

El hecho de que una persona que se encuentra bajo tratamiento por un problema psicológico/psiquiátrico presente una personalidad más orientada a la búsqueda activa de experiencia, sea más imaginativo, más creativo y menos tradicional o convencional, influye de manera negativa en la adherencia terapéutica. Así lo reflejan los resultados

del análisis realizado, que muestran que cuando aumenta una unidad la puntuación obtenida en el factor *Apertura a la experiencia*, en el Cuestionario de Personalidad NEO-FFI, la probabilidad de abandonar el tratamiento se incrementa un 11,7% (con un intervalo de confianza entre ,983 y 1,270).

La ecuación de regresión quedaría definida a partir de estas tres variables, pero hemos considerado la posibilidad de incluir la variable *Indefensión* (paso 1), que, aunque no resulta estadísticamente significativa en el análisis de regresión, aumenta de manera importante la sensibilidad para clasificar correctamente a los pacientes que abandonan su tratamiento (63,6% frente a 59,1%).

		PRONOSTICADO			
		Cumplimiento	Abandono	% Correcto	
OBSERVADO	Paso 1	Cumplimiento	32	12	72,7
		Abandono	16	28	63,6
		Porcentaje global			68,2
	Paso 2	Cumplimiento	32	12	72,7
		Abandono	18	26	59,1
		Porcentaje global			65,9

Tabla 33. *Capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido a partir de variables de indefensión aprendida y factores de personalidad.*

Por este motivo, vamos a considerar la influencia que la indefensión aprendida ejerce en la adherencia terapéutica, atendiendo al paso 1 del análisis de regresión logística (ver Tabla 34).

Variables en la ecuación	B	Sig.	OR	I.C. 95.0% para OR	
				Inferior	Superior
INTERNO POSITIVO	-,677	,017	,508	,282	,915
INDEFENSIÓN	,042	,653	1,042	,870	1,249
NEUROTICISMO	,137	,006	1,147	1,035	1,272
APERTURA	,124	,074	1,132	,982	1,305

Tabla 34. Variables de personalidad e indefensión incluidas en la ecuación de regresión logística (paso 1).

La variable de *Indefensión* no ha resultado estadísticamente significativa ($p=,653$), pero como se ha comentado anteriormente, aumenta la sensibilidad del modelo para clasificar correctamente a los pacientes que abandonan su tratamiento, incrementando, en consecuencia, el porcentaje total de sujetos correctamente clasificados.

Además, el hecho de considerar esta variable dentro de la ecuación de regresión apenas resta significación estadística al resto de las variables -y en algún caso la aumenta-, por lo que su presencia no perjudica al resto. Así, vemos que el nivel de significación de la *Internalidad positiva* varía de ,011 a ,017; el *Neuroticismo* disminuye levemente de ,004 a ,006; y en el caso de la *Apertura a la experiencia* la significación estadística mejora, pasando de ,080 a ,074.

Por estos motivos consideramos interesante la posibilidad de que la *Indefensión Aprendida* pase a formar parte de la ecuación de regresión, con el fin de alcanzar una mayor exactitud en la clasificación correcta de los individuos en cuanto a adherencia al tratamiento se refiere.

7.4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta parte de la investigación son en gran medida novedosos, ya que la investigación realizada con el fin de conocer la influencia que la indefensión aprendida y sus componentes y los rasgos de personalidad de los pacientes tienen sobre el abandono de la terapia ha sido prácticamente inexistente.

Con el fin de exponer de forma clara y precisa las conclusiones a las que hemos llegado a partir del análisis de los datos, se abordan a continuación cada una de las

hipótesis propuestas en la segunda parte del estudio, para finalmente comentar el perfil hallado a partir del modelo de regresión logística.

Hipótesis de Indefensión Aprendida

Hipótesis general:

Las personas tratadas de forma ambulatoria por motivos de salud mental que abandonan el tratamiento muestran niveles más altos de indefensión aprendida en comparación con aquellos pacientes que cumplen debidamente con el tratamiento prescrito.

Los resultados obtenidos a través del análisis de los datos en esta variable nos permiten confirmar la hipótesis general propuesta, ya que la diferencia existente entre el grupo control y el grupo experimental en cuanto al grado de indefensión aprendida ha resultado estadísticamente significativa ($p=,009$).

Estos datos muestran que los pacientes que abandonan el tratamiento son diferentes de aquellos que lo cumplen en el grado de indefensión que presentan. La puntuación del grupo control es más alta que la alcanzada por el grupo experimental, lo que se traduce en que estos últimos presentan un mayor grado de indefensión, puesto que cuanto más elevada es la puntuación en esta dimensión menor es el grado de indefensión.

Nuestros resultados se encuentran en la misma línea que los obtenidos por Steel y sus colaboradores (2000). Estos autores evaluaron el grado de indefensión de los pacientes que componían su muestra -pacientes diagnosticados de bulimia- y

encontraron que un mayor nivel de indefensión estaba asociado al abandono terapéutico. Esto pone de manifiesto la importancia de la indefensión en la determinación de la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Si analizamos más detenidamente los datos recogidos en nuestro estudio, encontramos que las puntuaciones medias de ambos grupos son positivas, superiores a cero, lo que demuestra que ninguno de los grupos evaluados presenta un alto nivel de indefensión, aunque sea mayor la indefensión en los pacientes del grupo experimental. Por lo tanto, a la luz de estos resultados, no podemos afirmar que los pacientes que abandonan el tratamiento en contra de la opinión del psicólogo o psiquiatra responsable del tratamiento están indefensos.

Sin embargo, un análisis cualitativo de la variabilidad de las puntuaciones de ambos grupos pone de manifiesto la gran diferencia que hay en el modo en que ambos grupos han alcanzado su puntuación media.

Como se puede observar en los gráficos de dispersión bajo estas líneas (figuras 20 y 21) tan sólo dos de los pacientes que se adhieren adecuadamente al tratamiento ha presentado una puntuación negativa, es decir, tendencia a la indefensión, mientras que el resto de los sujetos del grupo ha obtenido puntuaciones superiores a cero. Además, la puntuación negativa los dos pacientes ha sido prácticamente cero (-0,17 en ambos casos), siendo la puntuación máxima conseguida en sentido positivo superior a 9 (9,33).

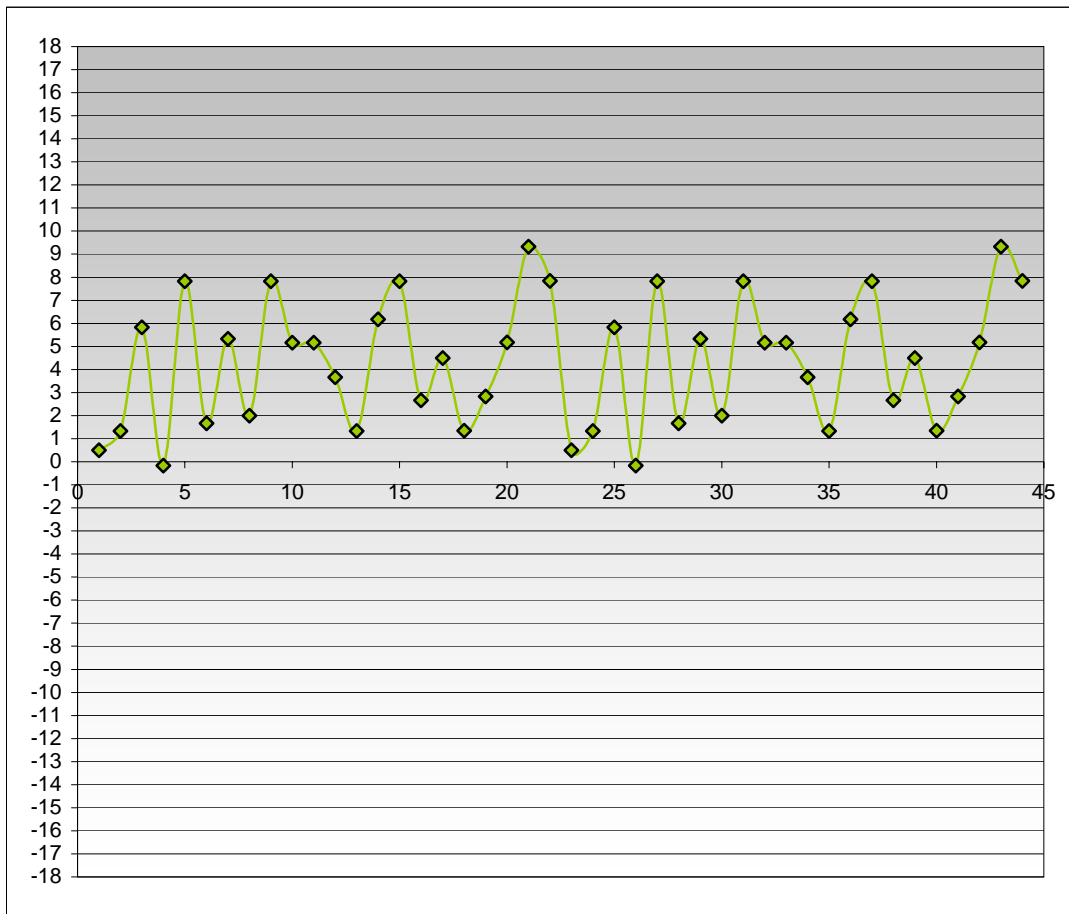


Figura 21. Gráfico de dispersión de las puntuaciones de los sujetos del grupo control en la variable indefensión aprendida.

El caso de los pacientes del grupo experimental es muy diferente. Catorce de los cuarenta y cuatro sujetos que componen este grupo han mostrado puntuaciones de signo negativo, siendo la puntuación más baja -8,76, la cual refleja un grado de indefensión moderado. La puntuación más alta en este grupo ha sido de 7,14, puntuación que se encuentra dos puntos por debajo de la máxima lograda en el grupo control.

Además, como podemos observar, las puntuaciones de todos los sujetos están más distantes entre sí que en el caso del grupo control, lo que demuestra que en este

grupo existe una mayor variabilidad interindividual en la variable indefensión aprendida. Una posible explicación de esta variabilidad puede ser el hecho de que los pacientes que han obtenido las puntuaciones más altas en esta variable son aquellos pacientes que han abandonado el tratamiento por considerar que los resultados alcanzados eran satisfactorios, y no era necesario continuar con la terapia, aunque el psicólogo o psiquiatra responsable no compartiera dicha opinión, mientras que los pacientes con puntuaciones más bajas han abandonado la terapia debido al nivel de indefensión aprendida que presentan, ya que consideran que hagan lo que hagan no van a ver resuelto su problema.

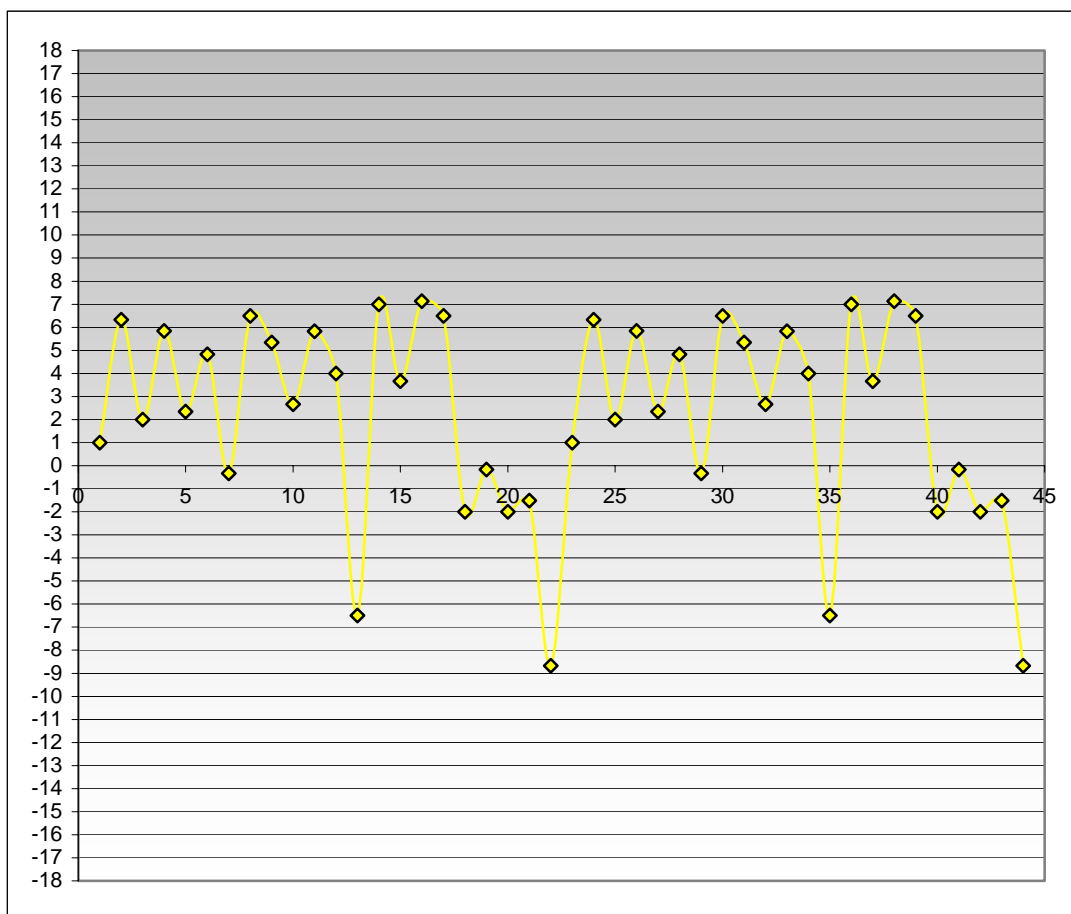


Figura 22. Gráfico de dispersión de las puntuaciones de los sujetos del grupo experimental en la variable indefensión aprendida.

Aunque las diferencias entre ambos grupos sean evidentes, ninguno de los dos ha mostrado niveles excesivamente altos de indefensión aprendida, por lo que en lugar de mantener que la indefensión aprendida está asociada con el abandono terapéutico, sería más correcto decir que un mayor nivel de dominio aprendido -concepto contrario a la indefensión- conllevaría una mejor adherencia a la terapia proporcionada por un profesional de la salud mental.

Muy escasa, más bien inexistente, es la investigación desarrollada con el fin de poder esclarecer el papel de la indefensión aprendida en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales, por lo que nuestros datos no pueden ser comparados con los obtenidos con anterioridad por otros autores.

☑ *Hipótesis específicas:*

1.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más bajas en la puntuación de Internalidad Negativa que aquellos pacientes que lo abandonan.

Como se ha comentado en el apartado de resultados, las diferencias entre los grupos en la puntuación de *Internalidad negativa* no han sido estadísticamente significativa, por lo que no podemos aceptar la hipótesis propuesta.

A la luz de estos resultados podemos decir que los pacientes que abandonan el tratamiento no difieren de aquellos que lo cumplen en el grado de internalidad de las atribuciones causales realizadas ante una situación de fracaso, considerando que tienen el mismo grado de responsabilidad ante sucesos de este tipo.

Las puntuaciones de ambos grupos en esta variable son prácticamente las mismas, y además se encuentran muy centrales dentro del rango posible. El grupo control alcanza una puntuación de 3,50, y el grupo experimental, aunque algo por encima, se sitúa muy cerca (3,75). Ambas puntuaciones reflejan que tanto los pacientes que se adhieren al tratamiento como los que no, se consideran en cierta medida responsables de los sucesos negativos ante los que se encuentran a lo largo de su vida, por lo que no consideran que la causa de sus fracasos sea completamente ajena e ellos.

Quizá, el hecho de considerarse responsables en algún grado de los eventos de carácter negativo -como puede ser el caso de la aparición de una enfermedad mental- sea lo que les impulsa a acudir en busca de ayuda profesional, pero no sea tan determinante a la hora de continuar o no con el tratamiento que el psicólogo o psiquiatra les proporcione.

Así, este impulso lo tendrían ambos grupos de pacientes, mientras que la característica que les ayuda a no abandonar la terapia es otra, distinta de la internalidad ante sucesos negativos.

2.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen adecuadamente con su tratamiento obtienen puntuaciones más altas en la puntuación de Internalidad Positiva que aquellos pacientes que lo abandonan.

Al contrario que en el caso de la *Internalidad Negativa*, el modo en que los pacientes de los grupos control y experimental realizan atribuciones causales ante hechos de carácter positivo sí es diferente.

Las diferencias alcanzadas en las puntuaciones en esta variable entre los grupos han resultado estadísticamente significativas ($p=,008$), lo que nos conduce a confirmar la hipótesis propuesta.

Tal y como se ha planteado, son los pacientes que cumplen adecuadamente con su terapia los que presentan puntuaciones más altas en *Internalidad Negativa*, siendo la diferencia encontrada bastante marcada (5 para el grupo control y 4,43 para el grupo experimental, en una puntuación con un rango desde 1 hasta 7).

Estos datos muestran que los pacientes que abandonan el tratamiento se consideran menos responsables de sus éxitos que los pacientes que cumplen con el tratamiento prescrito.

Parece lógico pensar que considerarse responsable de los sucesos positivos que acontecen en la vida -como es el caso de la remisión de una enfermedad mental- influya en que la persona se implique en las actividades que considera relevantes para la consecución de dichos objetivos positivos, lo que, en el caso que nos ocupa, le llevará a adherirse al tratamiento.

El considerar que la causa de los hechos positivos está en gran medida controlada por uno mismo es un factor motivador intrínseco importante, y, tal vez, sea esto lo que hace que los pacientes no abandonen el tratamiento hasta que este haya terminado.

Los resultados obtenidos tras el análisis de los datos de estas dos variables indican que no es adecuado tomar el concepto de locus de control de forma global, ya que, como hemos podido comprobar, el considerar que la aparición de un determinado

suceso sea debida a uno mismo o a circunstancias ajenas no es igual ante hechos de carácter positivo que ante sucesos negativos.

Los estudios encontrados en la literatura que abordan la relación entre el locus de control y el abandono terapéutico no distinguen entre las atribuciones realizadas ante sucesos de carácter positivo y las hechas ante situaciones negativas. Los instrumentos de evaluación empleados con más frecuencia son la Escala de Rotter (Rotter Internal External Locus of Control Scale; Rotter, 1966), la Escala de Internalidad-Externalidad de Levenson (Levenson, 1973), la Escala de Locus de Control de Nowicki-Strickland (Nowicki & Strickland, 1973) y la Escala de locus de control para la bebida (Drinking Locus of Control Scale; Keyson y Janda, sin publicar) para la patología concreta de dependencia del alcohol. Además, han sido muy utilizadas las escalas que evalúan específicamente el locus de control con respecto a los comportamientos de salud: la Escala del Locus de Control de la Salud (Health Locus of Control Scale; Wallston, Wallston, Kaplan & Maides, 1976) y la Escala Multidimensional del Locus de Control de la Salud (Multidimensional Health Locus of Control Scale; Wallston & Wallston, 1978). Ninguno de estos instrumentos de valoración hace distinción alguna entre la internalidad-externalidad de las atribuciones realizadas ante situaciones positivas y negativas, sino que ofrece una única puntuación global de locus de control.

Como hemos comentado, nuestros resultados muestran claramente que la dimensión internalidad-externalidad de las atribuciones realizadas ante situaciones de éxito posee la capacidad de diferenciar a los pacientes que abandonan su terapia de aquellos que se adhieren a ella, mientras que el locus de control ante sucesos negativos no tiene esta capacidad. Por lo tanto, la consideración del locus de control en general,

sin hacer la distinción entre hechos positivos y negativos no es capaz de mostrar conclusiones tan precisas, por lo que éstas serán, en muchos casos, confusas.

Esta ausencia de distinción entre las situaciones de éxito y fracaso hace imposible la comparación de nuestros resultados con los hallados en otros estudios, ya que, aunque en todos los casos estamos valorando el locus de control, no medimos exactamente el mismo constructo psicológico. Por ello, consideramos que la investigación realizada teniendo en cuenta el constructo global de locus de control, sin atender al carácter positivo o negativo de las situaciones, no es lo suficientemente específica, y sería necesaria una mayor cantidad de investigación acerca del tema.

3.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más bajas en la puntuación de Estabilidad Negativa que aquellos pacientes que lo abandonan.

Las pequeñas diferencias existentes entre los pacientes pertenecientes al grupo control y al grupo experimental no han ofrecido significación estadística en el caso de la *Estabilidad Negativa*. Por ello, no podemos confirmar la hipótesis propuesta, ya que los datos muestran que los pacientes de ambos grupos no se diferencian a la hora de considerar si las causas de los sucesos negativos se mantendrán o no a lo largo del tiempo.

Las puntuaciones obtenidas en los dos casos se encuentran algo por debajo del punto medio del rango posible (3,20 en el caso del grupo control y 3,40 en el grupo experimental), lo que significa que tanto los pacientes que cumplen su tratamiento como aquellos que lo abandonan de forma prematura consideran que las causas que

generan las situaciones negativas no se mantendrán siempre en un futuro, sino que es posible que dejen de estar presentes.

La hipótesis propuesta por nosotros trata de reflejar la idea de que, según un razonamiento lógico, las personas que abandonan su tratamiento consideran que las causas que han desencadenado su enfermedad (suceso negativo) son inamovibles, y permanecerán estables a lo largo del tiempo. Este pensamiento les empuja a abandonar la terapia, puesto que las causas del hecho negativo no desaparecerían en un futuro.

Pero esta idea no se ve apoyada por los datos, lo cual, tal vez, sea debido a que la motivación hacia la continuidad del tratamiento no provenga de la consideración de la estabilidad o inestabilidad de las causas de la enfermedad, sino, como hemos señalado anteriormente, del grado de responsabilidad o control que el individuo cree poseer sobre dichas causas. Así, una persona que, aunque considere que las causas de su enfermedad son en cierta medida estables, posee una gran internalidad, pondrá todo su empeño en tratar de cambiar dichas causas, mientras que una persona orientada externamente no presentará una motivación hacia el cambio tan elevada.

4.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento obtienen puntuaciones más altas en la puntuación de Estabilidad Positiva en comparación con aquellos que lo abandonan.

Las diferencias en esta variable son aún menores que en el caso anterior, por lo que tampoco se ha mostrado significación estadística.

Los resultados no apoyan la hipótesis propuesta, de modo que los pacientes que abandonan su tratamiento y aquellos que lo cumplen de manera adecuada no difieren en

su modo de pensar si las causas de los sucesos positivos se mantendrán o no a lo largo del tiempo.

Al contrario que en la *Estabilidad Negativa* las puntuaciones alcanzadas por ambos grupos en esta medida están por encima del punto medio de las puntuaciones posibles, siendo 4,86 en el grupo control, y algo por debajo, 4,70, en el grupo experimental, lo cual refleja que los pacientes de los dos grupos consideran que las causas que provocan los sucesos positivos son más estables que las que generan los hechos negativos, lo que constituye un modo de pensar adaptativo.

5.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más bajas en la puntuación de Globalidad Negativa que aquellos pacientes que lo abandonan.

La hipótesis propuesta no se ha visto confirmada por los datos, ya que las diferencias entre el grupo control y el grupo experimental no han resultado estadísticamente significativas.

Las puntuaciones obtenidas por los pacientes de ambos grupos son bastante elevadas (4,36 para el grupo control y 4,65 para el grupo experimental), lo que indica que todos los pacientes del estudio consideran que el motivo que generó la situación de carácter negativo no afecta únicamente a dicha situación concreta, sino que influye en otras áreas de la vida, aunque no en todas.

6.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más altas en la puntuación de Globalidad Positiva en comparación con aquellos que abandonan dicho tratamiento.

Más similares que en el caso anterior son las puntuaciones de los pacientes que conforman los grupos del estudio, siendo prácticamente inexistente la diferencia. El grupo control ha obtenido una puntuación de 5,46 y el grupo experimental de 5,37, por lo que el análisis estadístico no ha resultado estadísticamente significativo.

Esto nos impide confirmar la hipótesis propuesta y nos lleva a aceptar que los pacientes que abandonan el tratamiento prescrito y aquellos que se adhieren a la terapia de forma adecuada no se diferencian en el grado de generalización de las atribuciones que realizan ante una situación de éxito o de carácter positivo.

Las puntuaciones halladas en esta variable son las más altas de todos los componentes evaluados de la indefensión aprendida, lo que demuestra que tanto los pacientes del grupo control como los del grupo experimental generalizan en gran medida a otras situaciones las atribuciones realizadas cuando se enfrentan a un suceso positivo.

7.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento presentan una mayor puntuación en el Compuesto Positivo que aquellos pacientes que lo abandonan.

El *Compuesto Positivo* refleja el estilo atribucional de las personas ante sucesos de carácter positivo. Cuanto más alta sea la puntuación en este compuesto más internas, estables y globales serán las atribuciones hechas por los sujetos ante situaciones positivas o de éxito, y, por lo tanto, cuanto más baja sea la puntuación más externas, inestables y específicas serán las atribuciones realizadas.

Aunque las diferencias entre las puntuaciones del grupo control y el grupo experimental no han sido estadísticamente significativas, no distan mucho de serlo ($p=,090$), por lo que cabe esperar que un análisis realizado con una muestra algo más amplia mostraría resultados estadísticamente significativos, y confirmaría la hipótesis propuesta.

De acuerdo con nuestra idea, los pacientes que abandonan el tratamiento obtienen puntuaciones más bajas que aquellas personas que cumplen las indicaciones terapéuticas (14,49 frente a 15,34), lo que significa que los primeros realizan atribuciones más externas, inestables y específicas que las segundas, aunque, como demuestran las elevadas puntuaciones en ambos grupos, todos los pacientes consideran en cierta medida que las causas de los sucesos positivos son internas, estables y globales.

8.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen una menor puntuación en el Compuesto Negativo que aquellos pacientes que abandonan el tratamiento.

Esta variable hace referencia al estilo atribucional de las personas cuando se encuentran ante una situación de fracaso o de carácter negativo. Cuanto más altas son las puntuaciones en este compuesto más internas, estables y globales son las atribuciones realizadas ante sucesos negativos, mientras que si la puntuación es baja las atribuciones hechas por la persona son más externas, inestables y específicas.

Rozando la significación estadística se sitúan las diferencias encontradas entre el grupo control y el grupo experimental ($p=,069$) en el *Compuesto Negativo*. Estos

datos no permiten confirmar la hipótesis propuesta, pero se encuentran en la línea prevista, por lo que, como en el caso del *Compuesto Negativo*, cabe esperar que aumentando la muestra del estudio se logren resultados estadísticamente significativos.

Son los pacientes que abandonan el tratamiento los que alcanzan una puntuación más elevada, lo que significa que realizan atribuciones más internas, estables y globales ante sucesos negativos que los pacientes que completan el tratamiento según las recomendaciones del profesional responsable del tratamiento.

Los resultados hallados en el análisis del *Compuesto Positivo* y el *Compuesto Negativo* nos ofrecen una visión bastante clara del estilo atribucional de los pacientes que forman los grupos del estudio. Así, se puede observar que los pacientes que no se adhieren al tratamiento poseen un estilo atribucional más pesimista en comparación con los pacientes que cumplen el tratamiento, ya que realizan atribuciones más externas, inestables y específicas para los sucesos positivos, y más internas, estables y globales para los hechos de carácter negativo.

El estilo atribucional pesimista es considerado menos adaptativo que el optimista, y genera un mayor grado de indefensión. Así, diferentes investigadores han encontrado que este estilo atribucional está asociado con un peor estado de salud y un menor número de comportamientos saludables (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988; Smith y Williams, 1992).

Por su parte, Wright (1997) encontró, en pacientes diabéticos, que el estilo atribucional optimista predecía de manera eficaz la adherencia a la terapia por parte de los pacientes. Nuestros resultados no permiten afirmar que el estilo atribucional

pesimista está claramente asociado con el abandono terapéutico, pero dejan ver cierta tendencia de asociación entre ellos.

Según Peterson (1988), los pacientes con un estilo atribucional pesimista muestran una menor autoeficacia percibida relacionada con su habilidad para mantener su salud en buen estado. Esto explicaría el hecho de que los pacientes que acuden a los servicios mentales ambulatorios que tienen un estilo atribucional pesimista abandonen el tratamiento de forma prematura, ya que no se considerarían capacitados para realizar las acciones requeridas para mantener o recobrar el estado de salud mental adecuado.

Por el contrario, los pacientes con un estilo atribucional optimista tomarían un papel más activo en la mejora de su salud, ya que se considerarían capaces de controlarla, lo que les conduciría a presentar una mejor adherencia terapéutica.

Hipótesis de los factores de personalidad

1.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento obtienen puntuaciones más bajas en la escala de Neuroticismo en comparación con aquellos que lo abandonan.

De los cinco factores de personalidad valorados en el estudio, el neuroticismo es el que ha alcanzado resultados más concluyentes.

Los resultados obtenidos nos muestran que los pacientes que abandonan su tratamiento presentan puntuaciones más elevadas en neuroticismo en comparación con aquellos pacientes que cumplen adecuadamente con la terapia, lo que nos conduce a la confirmación de la hipótesis propuesta. Esto se traduce en una mayor inestabilidad

emocional de los pacientes no cumplidores, acompañada de niveles más altos de ansiedad, hostilidad, impulsividad, ansiedad social y una mayor tendencia a experimentar sentimientos negativos.

El hecho de que los pacientes que abandonan el tratamiento presenten estas características de personalidad no implica que las personas que lo cumplen posean las características opuestas. De hecho, las puntuaciones alcanzadas en el grupo control se han situado muy centrales dentro del rango de respuesta posible (35,18 para un rango entre 12 y 60), lo que indica que estas personas también presentan cierta inestabilidad emocional, nerviosismo, hostilidad, impulsividad, etc.

Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por otros investigadores que han encontrado, en diferentes campos de la salud, que la adherencia al tratamiento es mejor cuando los niveles de neuroticismo son bajos (Christensen y Smith, 1995; Miller, Soda y Hurtley, 1995), aunque no todos los estudios han encontrado esta relación (Brickman et al., 1997; Carney et al., 1995; Kaplan de-Nour y Czackes, 1976).

En la investigación en salud mental encontramos cierta confusión, ya que mientras algunos autores -en concordancia con nosotros- han encontrado un mayor abandono en pacientes con un alto grado de neuroticismo (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1995), otros consideran que el neuroticismo no es una variable eficaz a la hora de diferenciar a los pacientes cumplidores de los no cumplidores.

Analizando de manera individual las facetas que forman el factor neuroticismo hallamos resultados más homogéneos.

Con respecto a la hostilidad, una de las facetas más características de este factor, encontramos, en un gran número de estudios, que las personas con altos niveles de

hostilidad, conductas antisociales y agresividad abandonan su tratamiento con mayor frecuencia que los pacientes con niveles bajos en estos mismos rasgos (Alterman y Cacciola, 1991; Beck et al., 1983; Craig y Olson, 1988; Fisher et al., 1993; Kelley, 2001; Kline y King, 1973; McNair et al., 1963; Weiden et al., 1994; Woody et al., 1985). Estos resultados, que concuerdan con los hallados por nosotros, se han confirmado en psicopatologías muy diferentes, desde dependencia a drogas hasta esquizofrenia.

Por supuesto también existen estudios en los cuales no se ha encontrado relación entre la hostilidad y el abandono del tratamiento (Carroll et al., 1994; Cacciola et al., 1995; Craig, 1984a, b; Leigh, Ogborne y Cleland, 1984; McKay et al., 1998; McWilliams y Brown, 1977; Pekarik, Jones y Blodgett, 1986; Wilson y Whelan, 1983).

Atendiendo a otra de las facetas del neuroticismo, la vulnerabilidad al estrés, de nuevo encontramos resultados corroborados en nuestro estudio. Así, los pacientes con un alto grado de vulnerabilidad al estrés y la ansiedad, o lo que es lo mismo, con baja capacidad para tolerarlo, abandonan su tratamiento con más frecuencia de los pacientes menos vulnerables. Estos resultados han sido encontrados por diferentes autores (Dengrove y Kutash, 1950; Desmarais, 2000; Everson, 1999; Van Minnen, Arntz y Keijsers, 2002), y nuestros datos apuntan en la misma dirección.

Con respecto a la tendencia a experimentar sentimientos negativos, aspecto central del factor neuroticismo, diferentes autores han encontrado que la aparición de sentimientos negativos, tales como la ira, la vergüenza o la culpabilidad, se relaciona con el abandono prematuro de la terapia (Kubany y Manke, 1995; Pitman et al., 1991). Nuestros datos muestran esta misma tendencia, ya que las altas puntuaciones en

neuroticismo implican una alta tendencia a experimentar sentimientos de carácter negativo.

2.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento establecido por el profesional responsable obtienen puntuaciones más bajas en la escala de Extraversión que aquellos que lo abandonan.

El grupo control y el grupo experimental han obtenido puntuaciones no muy dispares en el factor de personalidad extraversión, no alcanzando la significación estadística ($p=,179$), por lo que la hipótesis propuesta no ha podido ser confirmada.

Los datos muestran que los pacientes que cumplen con su tratamiento y aquellos que no se adhieren a él no se diferencian en cuanto a su vinculación con la gente o sociabilidad, no existiendo tampoco diferencias en su grado de asertividad.

Ambos grupos obtienen puntuaciones superiores al punto medio del rango posible, ya que tanto los pacientes que pertenecen al grupo control como los que componen el grupo experimental han alcanzado puntuaciones superiores a 39 puntos, en un rango que va desde 12 hasta 60, lo que muestra que todos los pacientes que componen la muestra presentan puntuaciones elevadas en extraversión.

Los datos existentes en la literatura muestran, en la mayor parte de los casos, que aquellos pacientes que abandonan con más frecuencia su tratamiento poseen una personalidad más independiente y son más solitarios (Craig y Olson, 1988; Doak, 1980; Fals-Stewart y Schafer, 1993; Edelman y Chalmers, 1995; Chambless et al., 1992; Steketee, 1990), resultados que no han sido corroborados en nuestra investigación.

Los mismos resultados que nosotros hallaron Fleming y Lewis (1987), ya que no encontraron que el factor de extraversión diferenciara de manera significativa a los pacientes que se adhieren al tratamiento de aquellos que no lo hacen.

Si atendemos a una de las facetas de la extraversión, encontramos investigaciones que demuestran que una mayor tendencia al optimismo o experimentación de emociones positivas (características de una alta puntuación en este factor) están asociadas con un mejor cumplimiento terapéutico (Buchanan, 1992; García Cabeza et al., 1999; Hoge et al., 1990; Kemp y David, 1996; Kemp et al., 1998; Schwartz et al., 1997), hecho que contradice los datos anteriormente expuestos.

Tampoco Salaberría y Echeburúa (1996) encontraron diferencias significativas en otra de las facetas de la extraversión, la asertividad, aunque los pacientes que abandonaban presentaran niveles algo más elevados de asertividad en comparación con los pacientes cumplidores.

3.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen el tratamiento prescrito obtienen puntuaciones más bajas en la escala de Apertura a la experiencia en comparación con aquellos que abandonan dicho tratamiento.

Tampoco esta hipótesis se ha visto confirmada por nuestros resultados, ya que la diferencia encontrada entre ambos grupos no ha alcanzado la significación estadística, aunque está muy cerca de ser estadísticamente significativa ($p=,068$). Así, observamos una mayor tendencia al abandono en los pacientes con puntuaciones más altas en este factor.

Los resultados obtenidos nos permiten suponer que los pacientes que no cumplen adecuadamente con el tratamiento prescrito poseen una mayor curiosidad intelectual e independencia de juicio, cuestionan más la autoridad, tienen más imaginación y apertura a los sentimientos y emociones interiores y son menos convencionales que los pacientes que se adhieren al tratamiento.

La búsqueda de la novedad y la evitación de la rutina son dos aspectos básicos del factor apertura, y estos se han encontrado asociados con el abandono terapéutico en diferentes investigaciones (Kravitz et al., 1999; Wingerson et al., 1993). En esta misma línea se encuentran nuestros resultados, aunque no hallamos logrado demostrar estadísticamente las diferencias entre los grupos.

4.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento obtienen puntuaciones más altas en la escala de Amabilidad en comparación con aquellos que lo abandonan.

La valoración del factor amabilidad ha ofrecido puntuaciones muy similares en ambos grupos (37,95 en el grupo control y 37,09 en el grupo experimental), por lo que no se han encontrado diferencias significativas entre los pacientes que se adhieren al tratamiento y aquellos que lo abandonan. Estos resultados hacen que la hipótesis propuesta sea rechazada, no diferenciándose los pacientes de los dos grupos en cuanto al grado de altruismo, preocupación por los demás, franqueza y cooperación.

La investigación realizada con el fin de conocer la relación entre este factor, o alguna de sus facetas, con el abandono terapéutico es realmente escasa. Los pocos estudios desarrollados han encontrado que la amabilidad es una variable predictora de

los comportamientos adecuados de salud (Adams y Scott, 2000; Booth-Kewley y Vickers, 1994; Conway et al., 1992; Ludwig et al., 1990; Taulbee Early, 1958).

Estos hallazgos demuestran que los pacientes que cumplen con el tratamiento recomendado se comunican mejor con sus terapeutas y son más sinceros (Adams y Scott, 2000; Hoffman y Jansen, 1973; Ludwig et al., 1990; Sheppard, Smith y Rosenbaum, 1988).

Nuestros resultados no han podido constatar estos datos, ya que los resultados obtenidos no han sido significativos, por lo que no podemos concluir que el factor amabilidad prediga en ningún caso el abandono o cumplimiento terapéutico.

5.- Los pacientes tratados de forma ambulatoria que cumplen su tratamiento obtienen puntuaciones más altas en la escala de Responsabilidad en comparación con aquellos que abandonan su tratamiento.

Por último abordaremos los resultados encontrados en el factor responsabilidad. Aunque el análisis estadístico no ha logrado que la diferencia encontrada entre los grupos sea significativa, el resultado no dista demasiado de la significación ($p=.103$), por lo que podemos argumentar que, aunque no quede confirmada la hipótesis propuesta, existe una mayor tendencia hacia comportamientos responsables por parte de los pacientes que cumplen con el tratamiento prescrito si los comparamos con las personas que no se adhieren al mismo.

Estos datos se encuentran en la misma línea que los hallados en un amplio número de estudios, los cuales dejan clara la influencia positiva que la responsabilidad ejerce en la adherencia terapéutica. Es este el caso tanto de investigaciones realizadas

en campos de la salud ajenos a la salud mental (Christensen y Smith, 1995) como el de estudios desarrollados en este último ámbito, atiendan estos al factor en general de responsabilidad (Kaplan, de-Nour y Czaczkes, 1972; Rosenbaum y Ben-Ari Smita, 1986) o a alguna de sus facetas (Doak, 1980; Kanfer, 1975; Krulee y Hales, 1988; Lawrence, 1982; Leventhal et al., 1984; Lorr, Kant y Rubinstein, 1958; Luborsky et al., 1971; Roberts, 1985; Rubinstein y Lorr, 1956; Walti, Kolb y Willi, 1980).

Por lo tanto, los resultados encontrados en la literatura científica, así como los datos aportados por nuestra investigación, señalan que las personas que se consideran bien preparadas para afrontar los problemas que les surjan, son diligentes, resueltos y organizadas y poseen un alto grado de sentido del deber y autocontrol se adhieren más eficazmente al tratamiento prescrito en comparación con las personas que no muestran estas características de personalidad.

Perfil de abandono a partir de la indefensión aprendida y los rasgos de personalidad

Igual que en el caso de las variables abordadas en la primera parte del estudio (variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales y relativas a la terapia y al terapeuta), se ha determinado a partir de los componentes de la indefensión aprendida y los rasgos de personalidad el perfil característico del paciente con riesgo de abandonar la terapia. El método estadístico empleado para elaborar este perfil ha sido, de nuevo, el modelo de regresión logística.

Las variables que resultaron significativas en el análisis de regresión y que, por lo tanto, dieron forma al perfil fueron la internalidad-externalidad de las atribuciones ante sucesos positivos, y los factores de personalidad neuroticismo y apertura. Estas

tres variables ejercen su influencia de manera independiente, sin interacción entre ellas, por lo que su papel en la adherencia a la terapia no va a ser discutido de nuevo en este apartado, ya que ha sido reseñado con anterioridad.

Sin embargo, es esencial conocer el papel que la indefensión aprendida juega en la elaboración del perfil. Tal y como queda reflejado en el apartado de resultados, la indefensión aprendida no ha alcanzado la significación estadística en el análisis de regresión, pero si tenemos en cuenta el aumento de la capacidad predictiva del modelo que se produce al incluir la indefensión (del 59,1% al 63,6%), veremos la importancia de este constructo psicológico.

Este incremento de porcentaje correcto de clasificación de los pacientes se produce en los valores que mayor implicación clínica tienen. Así, podemos observar, en la tabla 35, que son los pacientes que abandonan el tratamiento los que se clasifican con mayor precisión cuando se tiene en cuenta la puntuación obtenida por el paciente en indefensión aprendida.

Esta mejora en la clasificación reviste una gran importancia, ya que son estos pacientes los que más interesan a los clínicos, puesto que clasificar erróneamente a los pacientes que se adhieren al tratamiento no parece tener ninguna repercusión negativa en la adherencia. Los pacientes que se clasifiquen como no cumplidores del tratamiento y realmente lo cumplan no se verán afectados de manera negativa por este error de clasificación; en todo caso recibirán una atención por parte del profesional responsable del tratamiento superior a la realmente requerida por ellos, lo que en ningún caso puede constituir un aspecto negativo.

		PRONOSTICADO			
		Cumplimiento	Abandono	% Correcto	
OBSERVADO	Paso 1	Cumplimiento	32	12	72,7
		Abandono	16	28	63,6
		Porcentaje global			68,2
	Paso 2	Cumplimiento	32	12	72,7
		Abandono	18	26	59,1
		Porcentaje global			65,9

Tabla 35. Capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido a partir de variables de indefensión aprendida y factores de personalidad.

Por último, es importante señalar que la sensibilidad del modelo de regresión que ha dado lugar al perfil del paciente con alto riesgo de abandono no es tan elevada como desearíamos (63,6%), por lo que sería necesario una exploración más amplia de las variables que influyen en el abandono terapéutico, con la finalidad de aumentar la capacidad predictiva hasta los niveles más altos posibles.

**8. MODELO PROPUESTO DE ABANDONO TERAPÉUTICO
Y CONCLUSIONES GENERALES**

8. MODELO PROPUESTO DE ABANDONO TERAPÉUTICO Y CONCLUSIONES GENERALES

A partir de los perfiles de los pacientes de alto riesgo de abandono hallados en las partes anteriores del estudio, se propone un modelo teórico para el abandono terapéutico.

La idea principal de este modelo es que las diferentes variables que influyen en el abandono de la terapia no son, ninguna de ellas, determinantes por sí solas, sino que según aumente el número de características facilitadoras del abandono en un paciente mayor será la probabilidad de que éste interrumpa su tratamiento.

No todas las variables tienen el mismo peso en la determinación de la adherencia; algunas comprometen en mayor medida la adherencia, y esta es la idea que se pretende transmitir en la figura 22.

En esta figura observamos que las variables sociodemográficas, el género en particular, configura la porción más pequeña del diagrama, siendo una característica relevante para el abandono terapéutico pero de menor importancia que el resto. La siguiente variable en importancia es la presencia o ausencia de antecedentes psiquiátricos en el paciente. Posteriormente se encuentran los rasgos de personalidad apertura, y, con un mayor peso, neuroticismo. Las dos variables con más relevancia en el modelo son el grado de internalidad de las atribuciones realizadas para los sucesos positivos y el nivel de indefensión aprendida de los pacientes. Así, cuanto más amplia es el área ocupada en el diagrama por la variable, mayor será su importancia en la determinación del abandono terapéutico.

ABANDONO TERAPÉUTICO

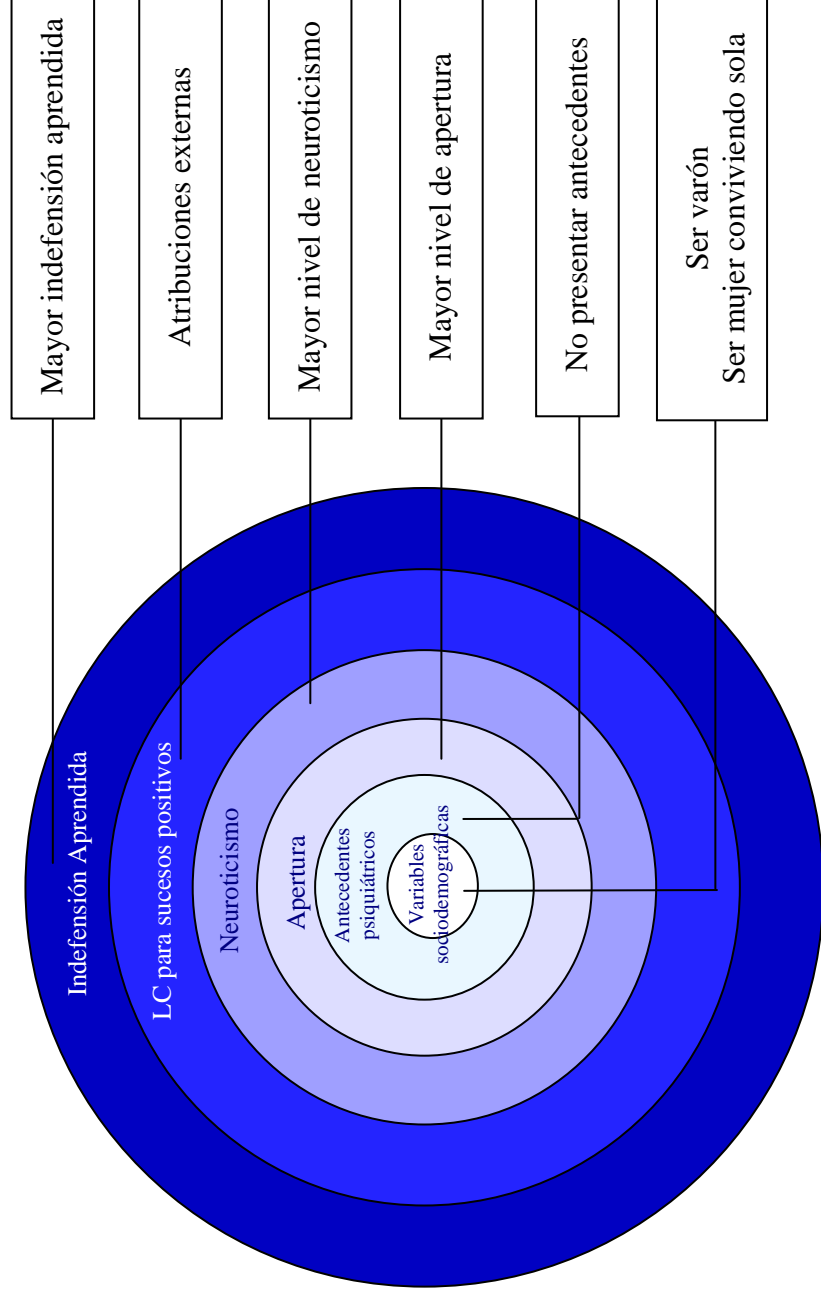


Figura 23. Modelo propuesto del abandono terapéutico de los pacientes con trastornos mentales bajo tratamiento ambulatorio.

La influencia de cada una de estas características sobre el abandono es aditiva e interactiva, de modo que la probabilidad de abandono de un paciente que reúna una única variable predisponente no es la misma, ni la mitad, que la de un paciente que presente dos de estas características. Del mismo modo, la probabilidad de que una persona interrumpa su tratamiento presentando dos características que faciliten el abandono no es la misma en las distintas combinaciones posibles de dos variable, sino que cuanto más determinantes sean las características psicológicas que presenta el paciente, mayor será la posibilidad de que éste interrumpa su tratamiento. Así, por ejemplo, es más probable que abandone la terapia un paciente con un alto nivel de neuroticismo y un alto grado de indefensión, que un paciente con un gran nivel de apertura y un locus de control externo para los sucesos positivos.

El objetivo de este trabajo es proporcionar un modelo que refleje el perfil característico de los pacientes con un alto riesgo de abandono terapéutico, con el fin de adaptar la terapia a los pacientes de forma individualizada y a través de ella modificar, en la medida de lo posible, las características que influyen de forma negativa en la adherencia al tratamiento.

Claro está que el género y la ausencia de antecedentes psiquiátricos no son susceptibles de ser modificados, y por lo tanto solo cabe adaptar el tratamiento a estas características del paciente. Pero el resto de variables están sujetas a posibles cambios, cambios que pueden lograrse a través de la terapia. De este modo, al comienzo del tratamiento la práctica clínica debe adaptarse a los rasgos característicos del paciente, y tratar de ir modificando dichos rasgos hacia el polo adaptativo.

De esta manera según vaya avanzando el tratamiento se irá consiguiendo que el paciente presente un nivel más bajo de neuroticismo y un grado más adaptativo de apertura, y que realice atribuciones más internas para los sucesos positivos y esté menos orientado a la indefensión y más al dominio aprendido.

Con este equilibrio entre adaptación por parte del profesional responsable del tratamiento a las características de la persona a la que proporciona la terapia y la modificación de los rasgos poco adaptativos del paciente se conseguirá que, además de haberse adherido adecuadamente al tratamiento y haber solucionado el problema por el cual acudió a tratamiento, el paciente presente tras el alta una mejor salud mental, que mejore su calidad de vida y reduzca el riesgo de una posible recaída.

Todas las variables incluidas en el modelo, a excepción del género del paciente y los antecedentes psiquiátricos del mismo, son susceptibles de cambio o mejora, además de que el conocimiento de las mismas facilitará la adaptación del tratamiento a cada persona en concreto.

El grado de apertura de los pacientes influye en la actitud de estos ante las diferentes intervenciones del terapeuta, ya que los tratamientos de los trastornos mentales difieren en su grado de convencionalidad y novedad. Los pacientes no reaccionan igual ante la novedad y, en muchos casos, no se sienten cómodos en métodos terapéuticos que impliquen o requieran comportamientos o formas de pensamiento novedosos o imaginativos.

Las personas con un bajo nivel de apertura son incapaces de fantasear o establecer relaciones simbólicas y su discurso es con frecuencia aburrido y

convencional, siendo las características contrarias las típicas de las personas con un alto grado de apertura.

Los diversos métodos de tratamiento requieren diferentes niveles de apertura a la experiencia por parte del paciente. Por ejemplo, el psicoanálisis o la terapia cognitiva requieren un gran nivel de apertura, una gran capacidad imaginativa y la adopción de comportamientos y formas de pensar novedosas y divergentes, por lo que estas terapias serán más eficaces en pacientes con un alto grado de apertura, mientras que, por ejemplo, la terapia de conducta, la psicoeducación o la farmacoterapia no exige estas cualidades, ya que constituye un tipo de tratamiento más directivo, por lo que obtendrán mejores resultados en pacientes cuyo nivel de apertura sea bajo (Costa, Yang y McCrae, 1998; Mutén, 1991).

Pero no debemos tener únicamente en cuenta el grado de apertura del paciente, sino que el nivel de apertura del profesional que lleva a cabo el tratamiento también reviste importancia. Ambas personas deben ajustarse, de modo que un psicólogo o psiquiatra con un nivel de apertura alto debe ser capaz de ajustarse a las demandas de un paciente con un nivel bajo de apertura a la experiencia, y, al contrario, un profesional con un bajo grado de apertura debe ser capaz de ofrecer un tratamiento imaginativo y poco convencional a un paciente con alta apertura, situación, esta última, más difícil de conseguir.

Aunque tras la lectura de estas líneas se puede pensar que un alto grado de apertura por parte del paciente es mejor para el tratamiento de los trastornos mentales, puesto que ofrece un mayor campo de actuación, esto no es así en todos los casos. Los pacientes con una amplia apertura a la experiencia que no ven satisfechas sus expectativas en el tratamiento terminan por encontrar que la terapia es aburrida y

tediosa, lo que les conduce a abandonarla. Por el contrario, los pacientes con un nivel no tan alto de apertura es más fácil que se encuentren cómodos con un tratamiento menos novedoso y original, por lo que se adaptarán mejor a él y lo cumplirán hasta que este finalice, lo que, sin duda, mejora la respuesta al tratamiento.

Parece que es este último caso con el que con más frecuencia nos encontramos en la clínica, ya que, como hemos visto, son los pacientes con niveles más altos de apertura los que abandonan el tratamiento. La solución a este problema requiere intervenir en una doble vertiente. Por un lado, quizá sea necesario reducir el nivel de apertura en algunos pacientes, por ser éste excesivamente elevado y no ser del todo adaptativo para él. Por otro lado es imprescindible que el tratamiento que se proporcione a los pacientes se adecue a su grado de apertura, ofreciendo diferentes abordajes innovadores y creativos en el tratamiento de los trastornos mentales, lo que se conseguirá aumentando el nivel de apertura a la experiencia de los profesionales de la salud mental.

El factor de personalidad neuroticismo también conlleva una gran implicación en el tratamiento. El neuroticismo influye de manera determinante en el tipo de quejas que los pacientes refieren, así como en la tendencia a acudir a los servicios de salud mental. Una persona con un bajo nivel de neuroticismo que acude a tratamiento lo hará por problemas más concretos y de mayor gravedad específica que una persona con un alto grado de neuroticismo. Esto es debido a que el neuroticismo afecta a la intensidad y persistencia de la angustia o ansiedad del sujeto, y las personas que tienen un nivel de angustia elevado y prolongado a lo largo de su vida presentan problemas de carácter psicológico diferentes de aquellas personas que no tienen estos niveles de angustia.

Por lo tanto, el tratamiento requerido por los pacientes con alto neuroticismo es completamente diferente al necesario en el caso de pacientes con bajo nivel, puesto que el foco de atención es distinto. En el primer caso habrá que tratar de reducir el nivel de neuroticismo y, por consiguiente la angustia sufrida por el paciente, a la vez que se aborda el problema concreto por el que consulta. Por el contrario, en el segundo caso la terapia irá directamente encaminada a resolver el problema por el cual el paciente acude a los servicios de salud mental (Mutén, 1991).

Como objetivo de toda terapia debe figurar la reducción del nivel de neuroticismo, con el fin de conseguir una mejora en la salud mental general del paciente. Pero esta reducción no es sencilla, y el neuroticismo no puede ser reducido de manera drástica, ya que, tal y como señalan Costa y McCrae (1988) y McCrae y Costa (1990), los factores de personalidad son bastante estables a lo largo de periodos de tiempo amplios, aunque no son inamovibles.

Lo que parece claro es que el neuroticismo correlaciona de manera significativa y negativa con los resultados del tratamiento. Pero no es fácil conocer el motivo de esta correlación, puesto que puede reflejar el hecho de que los pacientes con un bajo nivel de neuroticismo presentan trastornos mentales menos severos o que un menor grado de neuroticismo facilita que los pacientes se beneficien en mayor medida de la intervención terapéutica (Garfield y Bergin, 1978).

Con respecto a la dimensión internalidad-externalidad de las atribuciones realizadas para los sucesos positivos, parece que aquellos que muestran mayor

internalidad se adhieren mejor al tratamiento que los pacientes que están orientados más externamente.

El hecho de que sean las atribuciones realizadas ante situaciones de éxito las que influyan de manera determinante en la adherencia terapéutica puede deberse a que no es relevante donde se sitúe la causa de que determinado trastorno mental emerja, sino que lo realmente importante es quién es el responsable de que dicho trastorno remita -suceso positivo-. Este puede ser el motivo de que los pacientes que consideran que ellos mismos son los responsables de su recuperación se adhieran adecuadamente al tratamiento, mientras que aquellos que consideran que las causas de la desaparición del problema son externas a ellos tienden a abandonar la terapia.

Además, la adherencia terapéutica mejoraría si se adaptaran las características de la terapia al locus de control de los pacientes, ya que, en términos generales, las personas con un locus de control interno tienen una mayor tendencia a tomar un papel activo en su tratamiento, adoptando estrategias de afrontamiento más orientadas a la acción. Por el contrario, los pacientes con un locus de control externo, que perciben que su salud está controlada por el azar, o por otras personas, muestran estilos de afrontamiento más evitativos y se benefician más de saber que están siendo tratados por un profesional experto.

El tratamiento debe ajustarse a estas preferencias, ya que si la intervención se ajusta a la forma de realizar las atribuciones de los pacientes el éxito terapéutico será mayor (Bell, 1996). Así, los pacientes con un locus de control interno conseguirán mejores resultados en terapias en las cuales estén más implicados en la toma de decisiones y deban tomar un papel más activo en su proceso de recuperación, tales como la terapia cognitiva o la terapia psicoanalítica, mientras que los pacientes con un

locus de control externo se benefician de terapias más estructuradas y directivas, como la terapia de conducta o la farmacoterapia.

Pero no sólo es necesario el ajuste entre el tipo de tratamiento y el grado de internalidad de los pacientes ante sucesos positivos. También es objetivo de la terapia el cambio hacia la internalidad de las atribuciones ante situaciones de éxito, puesto que constituye un mayor ajuste psicológico, una forma de pensar más adaptativa.

Este objetivo requiere que -aunque al comienzo de la intervención el tratamiento se adapte al locus de control del paciente- el locus de control de la persona tratada vaya siendo modificado a lo largo del tiempo que dura la terapia, con la finalidad de conseguir que los pacientes realicen atribuciones lo más internas posibles de sus éxitos, y en este caso concreto, de su recuperación.

Junto con el locus de control hay que abordar la influencia que la indefensión aprendida ejerce en la adherencia y en la determinación del tipo de tratamiento. No sólo es conveniente conseguir un locus de control interno para los sucesos positivos, sino que lo mejor sería variar hacia el optimismo el estilo atribucional del paciente, reduciendo al máximo la posibilidad de aparición de indefensión aprendida.

Gutierrez, Russo y Urbanski (1994) mostraron que es posible cambiar el estilo atribucional de los pacientes para los sucesos positivos, efecto que no encontraron cuando se trata de situaciones de carácter negativo. En una investigación realizada con pacientes dependientes de alcohol y drogas, estas autoras comprobaron que mediante la terapia adecuada los pacientes eran capaces de hacer sus atribuciones más internas, estables y globales para los sucesos positivos, aunque el grado de externalidad,

inestabilidad y especificidad para los sucesos negativos no consiguió variarlo la terapia. Los cambios producidos no fueron espectaculares, lo que demuestra que cambiar el estilo atribucional de las personas es muy difícil, pero no constituye un aspecto psicológico inamovible.

Al aumentar la internalidad, estabilidad y globalidad de las atribuciones ante hechos positivos, disminuye la probabilidad de que el paciente sufra los déficit característicos de la indefensión aprendida, aunque los valores atribucionales ante situaciones de carácter negativo permanezcan estables. Por lo tanto, conseguir que las personas realicen atribuciones más adaptativas ante sucesos positivos repercute en el grado de indefensión de éstos, y determina en gran medida la adherencia y el éxito terapéutico, ya que, tal y como proponen Buchanan y Seligman (1995) y Seligman (1990) el estilo atribucional adaptativo influye de manera positiva en la respuesta al tratamiento.

El que los pacientes con un alto grado de indefensión aprendida actúan de forma diferente a aquellos que no presentan indefensión no escapa a la lógica de cualquier profesional. Se ha demostrado que aquellos pacientes que presentan un mayor nivel de indefensión son más reacios a tomar un papel activo y colaborador en su propio tratamiento (Valine y Phillips, 1984), y el grado de implicación del paciente en la terapia determina en gran medida el cumplimiento y éxito de la misma.

Una vez más haremos referencia a la necesidad de -además de tratar de reducir el nivel de indefensión del paciente- adaptar el tratamiento proporcionado a las características del paciente. Así, se ha observado que las personas que presentan altos niveles de indefensión se benefician en mayor medida de tratamientos muy estructurados y orientados conductualmente, mientras que los pacientes menos

indefensos obtienen mejores resultados en tratamientos poco estructurados y más cognitivamente orientados (Charles et al., 2003).

Por lo tanto, es conveniente adaptar el tratamiento a las características atribucionales de los pacientes a la vez que se intentan dirigir dichas atribuciones hacia el polo adaptativo, esto es, más internas, estables y globales para las situaciones de éxito, y más externas, inestables y específicas para los sucesos de carácter negativo.

Como conclusión final nos gustaría recalcar la gran relevancia de ajustar a cada paciente, de manera individual y personalizada, el tratamiento que los servicios de salud mental proporcionan, ya que esta adaptación haría de la terapia un medio más efectivo de lo que es en la actualidad no únicamente para eliminar el trastorno o problema mental concreto por el cual las personas acuden en busca de ayuda especializada, sino también para conseguir un perfil psicológico más adaptativo de los pacientes, el cual, además de reducir el número y gravedad de las posibles recaídas que los pacientes puedan sufrir, proporciona una mayor calidad de vida y una salud mental óptima.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aagaard, J. & Vestergaard, P. (1990). Predictors of outcome in prophylactic lithium treatment: a 2-year prospective study. *Journal of Affective Disorders, 18*, 259-266.
- Aagaard, J., Vestergaard, P., & Maarbjerg, K. (1988). Adherence to lithium prophylaxis, II: multivariate analysis of clinical, social and psychosocial predictors of nonadherence. *Pharmacopsychiatry, 21*, 166-170.
- Abbott, M. (1984). Locus of control and treatment outcome in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 45*(1), 46-52.
- Abela, J. & Seligman, M. (2000). The Hopelessness Theory of Depression: a test of the diathesis-stress component in the interpersonal and achievement domains. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 361-378.
- Abramowitz, C., Abramowitz, S., Roback, H., & Jackson, C. (1974). Differential effectiveness of directive and nondirective group therapies as a function of client internal-external control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 849-853.
- Abramson, LY., Alloy, LB. & Metalsky, GI. (1995). Hopelessness depression. En Buchanan, G., McClellan & Seligman, MEP. (eds). *Explanatory style*. (pp. 113-134). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Abramson, LY., Alloy, LB., & Metalsky, GI. (1988). The cognitive diathesis-stress theories of depression: toward an adequate evaluation of the theories' validities. En Alloy, L. (ed.). *Cognitive precesses in depression*. (pp. 3-30). New York: Guilford Press.
- Abramson, LY., Garber, J., Edwards, N., & Seligman, M. (1978). Expectancy changes in depression and schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 102-109.
- Abramson, LY., Metalsky, GI. & Alloy, LB. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358-372.
- Abramson, LY., Seligman, MEP. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Adams, J. & Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 119-124.
- Adams, S. & Howe, J. (1993). Predicting medication compliance in a psychotic population. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 558-560.
- Affleck, G., McGrade, B., Allen, D., & McQueeney, M. (1985). Mothers' beliefs about behavioral causes for their developmentally disabled infants' condition: what do they signify?. *Journal of Pediatric Psychology, 10*, 293-303.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(2), 273-279.
- Ahrens, AH. & Haaga, DAF. (1993). The specificity of attributional style and expectations to positive and negative affectivity, depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 83-98.

- Akers, R. (1992). *Drugs, alcohol and society: social structure, process and policy*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Albert, M. & Geller, ES. (1978). Perceived control as a mediator of learned helplessness. *American Journal of Psychology*, 9(3), 389-400.
- Albott, W. (1982). Dropouts from an inpatient treatment program for alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 17, 199-204.
- Alexander, D. A. & Hillis, G. (1989). Referral to hospital by general practitioners. *British Medical Journal*, 298, 48.
- Allgood, S. & Crane, D. (1991). Predicting marital therapy dropouts. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 73-79.
- Alloy, LB. & Abramson, LY. (1979). Judgement of contingency in depressed and nondepressed students. *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 441-485.
- Alloy, LB. (1982). The role of perceptions and attributions for response-outcome noncontingency in learned helplessness: a commentary and discussion. *Journal of Personality*, 50(4), 443-479.
- Alloy, LB. y Abramson, LY. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students. *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 441-485.
- Alloy, LB., Abramson, LY., Metalsky, GI. & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- Alloy, LB., Hartlage, S., & Abramson, LY. (1988). Testing the cognitive diathesis-stress theory of depression: issues of research design, conceptualization and assessment. En Alloy, L. (ed.). *Cognitive processes in depression*. (pp. 31-73). New York: Guilford Press.
- Alloy, LB., Just, N., & Panzarella, C. (1997). Attributional style, daily life events, and hopelessness depression. Subtype validation by prospective variability and specificity of symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 341-344.
- Alloy, LB., Kelly, K., Mineka, S., & Clements (1990). Comorbidity in anxiety and depressive disorders: a helplessness/hopelessness perspective. En Maser, J. & Cloninger, C. (eds.). *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. (Washington DC: American Psychiatry Press.
- Alloy, LB., Peterson, C., Abramson, LY. y Seligman, MEP. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 681 - 687.
- Altamura, A. & Malhi, G. (2000). Compliance on mayor psychoses. *International Journal of Psychology and Clinical Practice*, 4, 81-82.
- Altenor, A. y Kay, E.J. (1980). The effect of postwearing conditions on the response to stress tasks in the rat. *Physiological Pshychology*, 8 (1), 88 - 92.
- Alterman, A., & Cacciola, J. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 401-409.
- Alterman, A., Rutherford, M., Cacciola, J., McKay, J., & Boardman, C. (1998). Prediction if 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 217-223.

- Amat, J., Matus-Amat, P., Watkins, L., & Maier, S. (1998a). Escapable and inescapable stress differentially alter extracellular levels of 5-T in the basolateral amygdala of the rat. *Brain Research*, 812, 113-120.
- Amat, J., Matus-Amat, P., Watkins, L., & Maier, S. (1998b). Escapable and inescapable stress differentially and selectively alter extracellular levels of 5-HT in the ventral hippocampus and dorsal periaqueductal gray of the rat. *Brain Research*, 797, 12-22.
- Amat, J., Sparks, P., Matus-Amat, P., Griggs, J., Watkins, L., & Maier, S. (2001). The role of habenular complex in the elevation of dorsal raphe nucleus serotonin and the changes in the behavioral responses produced by uncontrollable stress. *Brain Research*, 917(1), 118-126.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. American Psychiatric Association. Washinton.
- Anderson, CA. & Arnoult, LH. (1985). Attributional style and everyday problems in living: Depression, loneliness, and shyness. *Social Cognition*, 3(1), 16-35.
- Anisman, H., De Catanzaro, D. & Remington, G. (1978). Escape performance following exposure to inescapable shock: deficit in motor response maintenance. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 4, 197-218.
- Anisman, H., De Catanzaro, D. & Zacharko, R.M (1984). Escape performance following exposure to inescapable shock: deficits in motor response maintenance. *Journal of Experimental Psychology: animal behavior processes*, 4, 196 - 218.
- Anisman, H., DeCatanzaro, D. & Remington, G. (1978). Escape performance following exposure to inescapable shock: Deficits in motor response maintenance. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 4(3), 197-218.
- Anisman, H., Hamilton, M. & Zacharko, RM. (1984). Cue and response-choice acquisition after exposure to uncontrollable shock: induction of response perseveration. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 10, 229-243.
- Anisman, H., Irvin, J., Beauchamp, C. & Zacharko, R. (1983). Cross-stressor immunization against the behavioral deficits introduced by uncontrollable shock. *Behavioral Neuroscience*, 97, 452-461.
- Anisman, H., Suissa, A., & Skalar, L. (1980). Escape deficits induced by uncontrollable stress: antagonism by dopamine and norepinephrine agonists. *Behavioral and Neural Biology*, 28(1), 34-47.
- Anisman, H. & Waller, TG. (1973). Effects of inescapable shock on subsequent avoidance performance: Role of response repertoire changes. *Behavioral Biology*, 9(3), 331-355.
- Anisman, H., Zalzman, S., Shanks, N., & Zacharko, R. (1991). Multisystem regulation of performance deficits induced by stressors. An animal model of depression. En Anisman, C., Zalzman, S., Shanks, N. & Zacharko, R. (eds.). *Animal models in psychiatry II*. (pp. 610-625). Clifton, NJ: Humana.
- Annis, H. & Davis, C. (1999). Relapse prevention. En Hester, K. & Miller, WR. (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon.
- Apodaca, I. (1993). Autoestima y locus de control en una muestra de Proyecto Hombre. *Adicciones*, 5, 349-357.

- Armstrong, D., Reyburn, H., & Jones, R. (1996). A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. *British Medical Journal*, 312, 949-952.
- Ashkanasy, NM. (1985). Rotter's internal-external scale: Confirmatory factor analysis and correlation with social desirability for alternative scale formats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1328-1341.
- Atwood, N. & Beck, J. (1985). Service and patient predictor of continuation in clinic-based treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 865-869.
- Aversa, S. (1996). Psychosocial aspects of medication-taking behavior among HIV patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(11), 6057
- Awad, A. (1992). Methodological and design issues in clinical trials of new neuroleptics: an overview. *British Journal of Psychiatry*, 163, 51-71.
- Awad, A. (1993). Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 609-616.
- Axelrod, S. & Wetzler, S. (1989). Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 397-401.
- Babiker, I. (1986). Noncompliance in schizophrenia. *Psychiatric Developments*, 4, 329-337.
- Bachman, R. (1993). Better compliance: physicians making it happen. *American Family Physician*, 48, 171-178.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Báez, C., Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (1995). Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(75), 5-22.
- Baguena, M. (1982). Estimulación punitiva no contingente y personalidad: una alternativa a la posición de Seligman. *Análisis y Modificación de Conducta*, 8(19), 411-471.
- Balkrishnan, R. (1998). Predictors of medication adherence in elderly. *Clinical Therapeutics*, 20, 764-771.
- Barber, J., & Winefield, A. (1986). Learned helplessness as conditioned inattention to target stimulus. *Journal of Experimental Psychology: General*, 115(3), 236-246.
- Barclay, D. (1998). The relationship between MMPI-2 scores and completion of an out-patient physical rehabilitation program. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 59(2), 0909
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Barofsky, I. & Connelly, CE. (1983). Problems in providing effective aftercare for chronic psychiatric patient. En Barofsky, I. & Budson, RD. (eds.). *The chronic psychiatric patient in the community: principles of treatment*. New York: Spectrum Publications.
- Bartels, SJ., Drake, RE., Wallach, MA., & Freeman, D H. (1991). Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 163-171.
- Bartkó, G., Herczeg, I., & Zádor, G. (1988). Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 74-76.

- Basoglu, M. & Mineka, S. (1992). The role of uncontrollable and unpredictable stress in post-traumatic stress responses in torture survivors. En Basoglu, M. & Mineka, S. (eds.). *Torture and its consequences: current treatment approaches*. (pp. 182-225). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bass, C. (1988). Personality correlates of smoking behaviour in men with heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 397-400.
- Baucom, DH. & Danker, P. Sex role identity and sex stereotyped tasks in the development of learned helplessness in women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(2), 422-430.
- Baum, C., Kennedy, D., Forbes, M., & Jones, J. (1985). Drug use and expenditures in 1982. *Journal of American Medical Association*, 253, 382-386.
- Baum, E., Felzer, M., D'Zimura, T., & Shumaker, E. (1966). Psychotherapy dropouts and lower socioeconomic patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 36(4), 629-635.
- Bebbington, P. (1995). The content and context of compliance. *International Journal of Psychopharmacology*, 9, 41-50.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, J., Golden, S., & Arnold, F. (1981). An empirical investigation of psychotherapy with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 241-247.
- Beck, N., Shekim, W., & Fraps, M. (1983). Prediction of discharges against medical advice from an alcohol and drug misuse treatment program. *Journal of Studies on Alcohol*, 44(1), 171-180.
- Becker, MH. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. NJ: CB Slack Inc.
- Becker, MH. (1979). Understanding patient compliance: the contributions of attitudes and other psychosocial factors. En Cohen, SB. (ed.). *New directions in patient compliance*. Lexington: DC Heath and Company.
- Becker, MH. (1985). Patient adherence to prescribed therapies. *Medical Care*, 23, 539-555.
- Becker, MH. & Maimon, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Health Care*, 13, 10-24.
- Beckham, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 177-182.
- Bekerian, DD. (1980). The effects of learned helplessness manipulations on perceptual responding: a signal detection theory analysis. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32, 571-584.
- Bekerian, DD. (1984). The learned helplessness hypothesis: a framework in disguise. *Current Psychological Research and Reviews*, 3(1), 19-37.
- Bell, T. (1996). The relationship between locus of control and two levels of instructional style with regard to compliance and satisfaction with psychological program for baseball athletes. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (11), 4316.
- Bender, M. (1986). Young adult chronic patients: visibility and style of interaction in treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 3, 265-268.

- Bennet, P., Moore, L., Smith, A., Murphy, S., & Smith, C. (1994). Health Locus of Control Scale and value for health in prediction of dietary behavior. *Psychology and Health, 10*, 41-54.
- Berrigan, L. & Gardfield, S. (1981). Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *British Journal of Clinical Psychology, 20*, 239-242.
- Bird, C. & Hassall, J. (1993). *Self medication of drugs: a guideline to implementation*. London: Scutari Press.
- Birgisson, G. (1996). Differences of personality, defensiveness, and compliance between admitting and denying male sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(1), 118-125.
- Bischoff, R. & Sprenkle, D. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: a critical review of research. *Family Process, 32*, 353-375.
- Blackwell, B. (1976). Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry, 129*, 513-531.
- Blake, D., Owens, M., & Keane, T. (1990). Increasing group attendance on a psychiatric unit: an alternating treatments design comparison. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry, 2*, 15-20.
- Blouin, A., Pérez, E., & Minoletti, A. (1985). Compliance to referrals from the psychiatric emergency room. *Canadian Journal of Psychiatry, 30*, 103-106.
- Blumenthal, J.A., Sanders, W., Wallace, A., Williams, R., & Needles, T. (1983). Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine, 44*, 519-527.
- Blumenthal, J.A., Williams, R.S., Williams, R.B. & Wallace, A.G. (1980). Effects of exercise on the Type A (coronary prone) behavior pattern. *Psychosomatic Medicine, 42*(2), 289-296.
- Bodd, J. (1970). A retrospective analysis of variables related to duration of treatment in a University Psychiatric Clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease, 151*, 75-84.
- Bodner, E. & Mikulincer, M. (1998). Learned helplessness and the occurrence of depressive-like and paranoid-like responses: the role of attentional focus. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1010-1023.
- Boggiano, A.K., Shields, L., Barrett, M., & Kellam, T. (1992). Helplessness deficit in students: the role of motivational orientation. *Motivation and Emotion, 16*(3), 271-296.
- Bonet, T. & Santacreu, J. (1984). Desamparo aprendido y falta de control situaciones. *Revista de Psicología General y Aplicada, 39*, 877-903.
- Booth-Kewley, S., & Vickers, R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality, 62*, 281-298.
- Borum, R., Swanson, J. W., Swartz, M. S., & Hiday, V. A. (1997). Substance abuse, violent behavior and police encounters among persons with severe mental disorders. *Journal of Contemporary Criminal Justice, 13*, 236-249.
- Bosley, C., Fosbury, J., & Cochrane, G. (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *European Respiratory Journal, 8*, 899-904.
- Bowden, W., & Twemlow, S. (1978). Locus of control and treatment dropout in alcoholic population. *British Journal of Addiction, 73*(1), 51-54.

- Boyer, S. & Hoffman, M. (1993). Counselor affective reactions to termination: impact of counselor loss history and perceived client sensitivity to loss. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 271-277.
- Bracewell, R.J. & Black, A.H. (1974). The effects of non-contingency pre-shock on subsequent learning in the rat. *Learning and Motivation, 4*, 53-69.
- Breier, A., Albus, M., Pickar, D., Zahn, T.P. et al. (1987). Controllable and uncontrollable stress in humans: Alterations in mood and neuroendocrine and psychophysiological function. *American Journal of Psychiatry, 144*(11), 1419-1425.
- Brewer, B., Cornelius, A., Van Raalte, J., Petitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M., Krushell, R., & Ditmar, T. (2000). Attributions for recovery and adherence to rehabilitation following anterior cruciate ligament reconstruction: a prospective analysis. *Psychology and Health, 15*(2), 283-291.
- Brewin, C.R. (1985). Depression and causal attributions: what is their relation ?. *Psychological Bulletin, 98*(2), 267-309.
- Brewin, C.R. & Harris, J. (1985). Induced mood and causal attributions: Further evidence. *Cognitive Therapy and Research, 9*(2), 225-229.
- Brewin, C.R. & Shapiro, D.A. (1985). Selective impact of reattribution of failure instructions on task performance. *British Journal of Social Psychology, 24*(1), 37-46.
- Brickman, A., & Yount, S. (1997). Noncompliance in end-stage renal disease: a threat to quality of care and cot containment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 3*(4), 399-412.
- Brickman, A., Yount, S., Blaney, N., Rothberg, S., & Kaplan De-Nour, A. (1996). Personality and long term health: neuroticism, conscientiousness, and renal deterioration in Type I diabetes. *Psychosomatics, 37*(5), 459-468.
- Brook, J., Whiteman, M., Gordon, A., & Cohen, P. (1986). Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Developmental Psychology, 22*, 403-414.
- Brown, H.E. (1998). Sojourner adjustment among undergraduate students: relationships with locus of control and coping strategies. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering, 59*(4), 1912
- Brown, J., & Sieger, J. (1988). Attributions for negative life events and depression: the role of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(2), 316-322.
- Buceta, J.M. (1981). *Learned helplessness: un acercamiento experimental al estudio de la depresión*. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Sección Psicología. UCM.
- Buchanan, A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine, 22*, 787-797.
- Buchanan, G., McClellan & Seligman, M.E.P. (eds). (1995). *Explanatory style*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Buchwald, A., Coyne, J., & Cole, C. (1978). A critical evaluation of the learned helplessness model of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 180-193.

- Buckalew, L. (1991). Patients' compliance: the problem and directions for psychological research. *Psychological Reports*, 68, 348-350.
- Budd, R., Hughes, I., & Smith, J. (1996). Health beliefs and compliance with antipsychotic medication. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 393-397.
- Bueno Heredia, A., Córdoba Doña, JA., Escolar Pujolar, A., Carmona Calvo, J., & Rodríguez Gómez, C. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 33-40.
- Bultman, D. & Svarstad, B. (2000). Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Education and Counseling*, 40, 173-185.
- Burgoyne, R., Acosta, F., & Yamamoto, J. (1983). Telephone prompting to increase attendance at a psychiatric outpatient clinic. *American Journal of Psychiatry*, 140, 345-347.
- Burlingame, G., Fuhriman, A., Paul, S., & Ogles, B. (1989). Implementing a time-limited therapy program: differential effects of training and experience. *Psychotherapy*, 26, 303-313.
- Burns, M., & Seligman, M. (1989). Explanatory style across the life span: evidence for stability over 53 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 471-477.
- Butcher, J., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J., Graham, J., Williams, C., & Ben-Porath, Y. (1990). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butter Hendrik, J. (1981). Some physiological and behavioral predictive characteristics of psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 31(1), 52-60.
- Butts, S. & Chotlos, J. (1973). A comparison of alcoholics and non alcoholics on perceived locus of control. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1327-1332.
- Cacciola, J., Alterman, A., Rutherford, M., & Snider, E. (1995). Treatment response and problem severity of antisocial personality substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 166-171.
- Calef, R., Choban, M., Sharer, J., & Dye, J. (1986). The effects of inescapable shock on the retention of previously learned response in an appetitive situation with delay of reinforcement. *Bulletin of the Psychosomatic Society*, 24, 213-216.
- Campbell, B., Staley, D., & Matas, M. (1991). Who misses Appointments?. An empirical analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 223-225.
- Camuñas, N., Pérez Nieto, M., Ferrándiz, P., Miguel-Tobal, J., Cano-Vindel, A., & Iruarizaga, I. (1999). Ansiedad, depresión e ira: relaciones entre el estilo atribucional y las emociones negativas. *Ansiedad y Estrés*, 5, 175-189.
- Cangas, A. & Olivencia, J. (2001). Relación de los trastornos de la personalidad con el seguimiento de instrucciones terapéuticas y las recaídas en sujetos drogodependientes. *Psicología Conductual*, 9, 541-549.
- Cannon, WB. (1942). "Voodoo" death. *American Anthropologist*, 44, 169-181.

- Canton, G., Giannini, L., Magni, G., Bertinaria, A., Cibir, M., & Gallimberti, L. (1988). Locus of control, life events and treatment outcome in alcohol dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 18-23.
- Caprara, G., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (1993). *BFQ, Cuestionario Big Five*. Florencia: Organizzazioni Speciali.
- Carbey, R., Freedland, K., Eisen, S., Rich, M., & Jaffe, A. (1995). Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology*, 14, 88-90.
- Carlberg, A. (1993). Patient satisfaction and design of treatment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11, 105-110.
- Carlise-Frank, P. (1991). Examining personal control beliefs as a mediating variable in the Health-Damaging Behavior of Substance Abuse: an alternative approach. *Journal of Psychology*, 125, 381-397.
- Carney, R.M., Freedland, K.E., Eisen, S.A., Rich, M.W., et-al. (1995). Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology*, 14(1), 88-90.
- Carpenter, P., Del Gaudio, A., & Morrow, G. (1979). Dropouts and terminators from a community mental health center: their use of other psychiatric services. *Psychiatric Quarterly*, 51, 271-279.
- Carpenter, P., Morrow, G., Del Gaudio, A., & Ritzler, B. (1981). Who keeps the first outpatient appointment?. *American Journal of Psychiatry*, 138, 102-105.
- Carroll, K. (1997). Compliance and alcohol treatment: an overview. En Carroll, K. (ed.). *Improving compliance with alcoholism treatment*. Bethesda, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Carroll, K., Rounsaville, B., Gordon, L., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R., & Gawin, F. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Carver, C. & Scheier, M. (1982). Control theory: a useful conceptual framework for personality, social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.
- Casement, P. (1990). *Learning from the patient*. New York: Guilford.
- Casement, P. (1993). Towards autonomy: some thoughts on psychoanalytic supervision. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 2, 389-403.
- Casper, E. & Regan, J. (1993). Reasons for admission among six profile subgroups of recidivists of inpatient services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 657-661.
- Caspy, Y. & Ludow, R.E. (1981). Generality of US preexposure effects: transfer from food to shock or shock to food with and without the same response requirement. *Animal Learning Behavior*, 9, 524-532.
- Caster, D. & Parsons, O. (1977a). A relationship of depression, sociopathy and locus of control to treatment outcome in alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 751-756.

- Caster, D. & Parsons, O. (1977b). Locus of control in alcoholics and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 2087-2095.
- Castillo, J., Pérez-Testor, S., & Aubareda, M. (1996). El abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. *Clínica y Salud*, 7, 271.
- Caton, C. (1981). The new chronic patient and the system of community care. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 475-478.
- Caton, C., Koh, S., Fleiss, J., Barrow, S., & Goldstein, J. (1985). Rehospitalization in chronic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 139-148.
- Cattell, R. (1956). Validation and interpretation of the 16PF. *Journal of Clinical Psychology*, 12, 205-214.
- Cattell, R. (1972). *Manual for the 16PF (Sixteen Personality Factors)*. Illinois: Institute for Personality and Ability Testing. Adaptación española (1995): 16PF. Cuestionario factorial de Personalidad (adolescentes y adultos). Madrid: TEA Ediciones.
- Cattell, R. (1974). A large sample cross-check on 16PF: primary structure by parcelled factoring. *Multivariate Experimental Clinical Research*, 1(2), 79-95.
- Celener, G. (2001). Perfil psicosocial del desamparo y la violencia juvenil. *Investigación en Psicología*, 6(1), 51-73.
- Cemalcilar, Z., Canbeyli, R., & Sunar, D. (2003). Learned helplessness, therapy, and personality traits: an experimental study. *Journal of Social Psychology*, 143(1), 65-81.
- Chaffin, M. (1992). Factors associated with treatment completion and progress among intrafamilial sexual abusers. *Child Abuse and Neglect*, 16(2), 251-264.
- Chambless, D., Renneberg, D., Goldstein, A., & Gracely, E. (1992). MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 193-211.
- Chambliss, P. (1997). A study of the impact of health locus of control, social support, and illness severity on depression and compliance in end-stage renal disease patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(12), 7718
- Chan, D. (1984). Medication compliance in a Chinese psychiatric outpatient setting. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 81-89.
- Charles, T., Ashwin, P., Heather, M., Mannelli, P., Edward, G., Michael, V., & Stephen, W. (2003). High and low structure treatments for substance dependence: role of learned helplessness. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(3), 567-585.
- Chen, A. (1991). Non-compliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 223-225.
- Christensen, A., & Johnson, J.A. (2002). Patient adherence with medical treatment regimens. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 94-97.
- Christensen, A., Moran, P., & Wiebe, J. (1999). Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 18, 169-176.
- Christensen, A., & Smith, T. (1995). Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis. *Journal of Behavior Medicine*, 18(3), 305-313.

- Christensen, A., Smith, T., Turner, C., & Cundick, K. (1994). Patient adjustment and adherence in renal dialysis: a person by treatment interactional approach. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 549-566.
- Christensen, A., Smith, T., Turner, T., Holman, J., & Gregory, M. (1990). Type of hemodialysis and preference for behavioral involvement: interactive effects on adherence in end-stage renal disease. *Health Psychology, 9*, 225-236.
- Christensen, A., Turner, C., Smith, T., Holman, J., & Gregory, M. (1991). Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 419-424.
- Christensen, A., Wiebe, J., Benotsch, E., & Lawton, W. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research, 20*(4), 411-421.
- Christensen, A., Wiebe, J., Edwards, D., & Michels, J. (1996). Body consciousness, illness-related impairment, and patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 147-152.
- Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., Andrews, G., & Mattick, R. (1997). Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 701-711.
- Churchill, D. (2002). Compliance - how to measure it. *Modern Medicine of Canada, 40*, 1068-1070.
- Ciechanowski, P., Katon, W., Russo, J., & Walker, E. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal of Psychiatry, 158*, 29-35.
- Clarck, D. (1999). Case conceptualization and treatment failure. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 13*(4), 331-337.
- Clark, M. (1996). MMPI-2 Negative Treatment Indicators content and content component scales: Clinical correlates and outcome prediction for men with chronic pain. *Psychological Assessment, 8*, 32-38.
- Cloitre, M., Heimberg, R., Liebowits, M., & Gitow, A. (1992). Perceptions of control in panic disorder and social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 569-577.
- Cloninger, C. (1987a). A systematic method for clinical description and classification of personality. *Archives of General Psychiatry, 44*, 573-588.
- Cloninger, C., Prybeck, T., & Svrakic, D. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports, 69*, 1047-1057.
- Coan, R. (1973). Personality variables associated with cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology, 26*, 86-104.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.
- Cochran, SD. & Gitlin, MJ. (1988). Attitudinal correlates of lithium compliance in bipolar affective disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 457-464.

- Cohen, K., Edstrom, K., & Smith-Papke, L. (1995). Identifying early dropouts from a rehabilitation program for psychiatric outpatients. *Psychiatric Services, 46*(10), 1076-1078.
- Col, N., Fanale, J., & Kornhom, P. (1990). The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations in the elderly. *Archives of Internal Medicine, 150*, 841-845.
- Cole, S., & Coyne, J. (1977). Situational specificity of laboratory-induced learned helplessness. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 615-623.
- Colin, S., Sweeney, P., & Shaeffer, D. (1981). The causality of causal attributions in depression: a cross. Lagged panel correlational analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 14-22.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gasto, C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(8), 549-555.
- Colombo, G., & Bertin, I. (1994). Aspetti psicologici in diabetic insulino-dipendenti: confronto tra pazienti adulti "compliant" vs "non-compliant". *Rivista di Psichiatria, 29*(6), 311-315.
- Combs, C. (1995). Treatment compliance in hearth transplant recipients: an MMPI study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering, 56*(6), 3438
- Connelly, CE. (1984). Compliance with outpatient lithium therapy. *Perspectives in Psychiatric Care, 22*, 44-50.
- Connelly, CE., Davenport, Y. B., & Nurenbrher, J. I. (1982). Adherence to treatment regimen in a lithium carbonate clinic. *Archives of General Psychiatry, 39*, 585-588.
- Conner, M., Black, K., & Stratton, P. (1998). Understanding drug compliance in a psychiatric population: an application of the theory of planned behaviour. *Psychology, Health and Medicine, 3*, 337-344.
- Contrada, R., Leventhal, H., & O'Leary, A. (1990). Personality and health. En Pervin, L. (ed.). *Handbook of personality theory and research*. New York: Guilford Press.
- Conway, MA., Cohen, G. & Stanhope, N. (1992). Why is it that university grades do not predict very-long-term retention?. *Journal of Experimental Psychology: General, 121*(3), 382-384.
- Conway, T., Vickers, R., Wallston, K., & Costa, P. *Personality, health locus of control and heath behavior*. Sin publicar.
- Coons, S., Sheahan, S., Martin, S., Hendricks, J., Robbinson, CA., Johnson, JA. (1994). Predictors of medication noncompliance in sample of older adults. *Clinical Therapy, 16*, 110-117.
- Corrigan, P., Liberman, R., & Engel, J. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 1203-1211.
- Corrigan, P., Wallace, C., Schade, M., & y otros (1994). Learning medication self-management skills in schizophrenia: relationships with cognitive deficits and psychiatric symptoms. *Behavior Therapy, 25*, 5-15.
- Costa, P., & McCrae, R. (1985). *NEO Five Factor Inventory: Form S*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Costa, P., & McCrae, R. (1987a). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bit?. *Journal of Personality*, 55, 299-316.
- Costa, P., & McCrae, R. (1987b). Personality assessment in psychosomatic medicine. En Wise, T. (ed.). *Advances in psychosomatic medicine*. Basel, Switzerland: Karger.
- Costa, P. & McCrae, R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 853-863.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice. The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 20-22.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). *NEO PI-R. Revised Neo Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Florida: PAR Psychological Assessment Resources. Adaptación española (1999): NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado y NEO-FFI, Inventario NEO reducido de Cinco Factores. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, P., McCrae, R., & Dembroski, T. (1989). Agradeableness vs. antagonism: explication of a potential risk factor for CHD. En Siegman, A. & Dembroski, T. (Eds.), *In search of coronary-prone behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Costa, P., McCrae, R., & Dye, D. (1991). Facet scales for agradableness and conscientiousness: a revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12, 887-898.
- Costa, P., Yang, J., & McCrae, R. (1998). *Clinical geropsychology*. Washington: American Psychological Press.
- Costantini, A., Biondi, M., Rocco, M., & del Proposto, C. (1991). Personalità, adattamento alla malattia e reazioni psicopatologiche: studio controllato prospettivo su 80 pazienti oncologiche. *Medicina Psicosomatica*, 36(4), 291-311.
- Costello, S. (1978). A critical review of Seligman's laboratory experiments on learned helplessness and depression in humans. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 21-31.
- Coyne, J., Metalsky, G., & Lavelle, T. (1980). Learned helplessness as experimenter induced failure and its alleviation with attentional redevelopment. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 350-357.
- Craig, H. (1985). Accuracy of indirect measures of medication compliance in hypertension. *Research in Nursing & Health*, 8, 61-66.
- Craig, R. (1984a). Can personality tests predict treatment dropouts?. *The International Journal of the Addictions*, 19(6), 665-674.
- Craig, R. (1984b). Personality dimensions related to premature termination from an inpatient drug abuse treatment program. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 351-355.
- Craig, R., & Olson, R. (1988). Differences in psychological need hierarchy between program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 89-96.
- Crespo, R., Valdés, L., Bobé, I., & Caylá, J. (1992). Dificultades percibidas por el paciente tuberculoso para cumplir el tratamiento. *Atención Primaria*, 9, 260-262.

- Crittenden, KS. & Lamug, CB. (1988). Causal attribution and depression. A friendly refinement based on philippine data. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 19(2), 216-231.
- Croker, J., Alloy, LB. & Kayne, NT. (1988). Attributional style, depression, and perceptions of consensus for events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 840-846.
- Cross, DG., Sheehan, P. W., & Khan, JA. (1980). Alternative advice and counsel in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 615-625.
- Cross, DG. & Warren, CE. (1984). Enviromental factors asociated with continuers and terminators in adult out-patient psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 57, 363-369.
- Curson, DA., Barnes, TR., Bamber, RW., Platt, S. D., Hirsch, SR., & Dutty, J. C. (1985). Long-term depot maintenance of chronic schizophrenic out-patients: the seven year follow-up of the Medical Research Council fluphenazine/placebo trial. II. The incidence of compliance problems, side-effects, neurotic symptoms and depression. *British Journal of Psychiatry*, 146, 469-474.
- Cutrona, C. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.
- Danion, J., Neunruther, C., Krieger-Finance, F., et al. (1987). Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Psychopharmacopsychiatry*, 20, 230-231.
- Davis, JM., Kane, J., & Marder, S. (1993). Dose response of prophylactic antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 24-30.
- De Haan, E., Van-Oppen, P., Van-Balkom, AJLM., Spinhoven, P., Hoogduin, KAL. & Van-Dyck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 354-361.
- De las Cuevas, C., Zereck, E., Dominguez, A., Rouriño, R., Winter, G., Dominguez, P., Ebro, S., Medina, C., de la Fuente, J., & García-Estrada, A. (1996). Cumplimiento con las citas concertadas. *Psiquis*, 17, 457-464.
- De Vicente, F. & Ferrándiz, P. (1997). El efecto del reforzamiento no contingente predecible en el aprendizaje discriminativo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(2), 199-209.
- De Vicente, F., Ferrándiz, P. & Pardo, A. (1991). Entrenamiento con descargas escapables y/o predecibles sobre la conducta de escape. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44(3), 299-304.
- De Vicente, F., Rodríguez, MC. & Gómez, G. (1991). The effects of protein malnutrition and cortisol treatment on motor activity of rats. *Behavioural Processes*, 25(1), 1-14.
- DeCola, JP., Rosellini, RA., & Warren, DA. (1988). A dissociation of the effects of control and prediction. *Learning and Motivation*, 19, 269-282.
- DeLeon, G. (1973). Changes in psychopathological signs of resident drug adicts. *Archives of General Psychiatry*, 28, 131-135.
- Dengrove, E. & Kutash, S. (1950). Why patients discontinue treatment in Mental Hygiene Clinic. *American Journal of Psychotherapy*, 457-472.
- Derek, M. & Seligman, M. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *Journal of Aging and Human Development*, 54, 233-253.

- Desmarais, KM. (2000). Psychotherapy dropout: A multicultural framework for examining within-group differences among clients at a Christian counseling center. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(11), 5768.
- Dess, N., Raizer, J., Chapman, C., & Garcia, J. (1989). Stressors in the learned helplessness paradigm: effects on body weight and conditioned taste aversion in rats. *Physiology and Behavior*, 44(4-5), 483-490.
- Dess, N. et al. (1983). Immediate and proactive effects of controllability and predictability on plasma cortisol responses to shocks in dogs. *Behavioral Neuroscience*, 97(6), 1005-1016.
- Diamond, R. (1983). Enhancing medication use in schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 7-14.
- Díaz Curiet, J., Avis, D., Araujo, E., Pascual, M., Portolés, J., Criado, C., & Ramírez, R. (2003). Estudio de las variables relacionadas con el abandono de pacientes de un servicio de Salud Mental. *Anales de Psiquiatría*, 19(7), 296-300.
- Dick, J., Van der Walt, H., Hoogendoorn, L., & Tobias, B. (1996). Development of a health education booklet to enhance adherence to tuberculosis treatment. *Tubercle*, 77, 173-177.
- Dickhaeuser, O., & Stiensmeyer-Pelster, J. (2002). Erlernte Hilflosigkeit am Computer? Geschlechtsunterschiede in computerspezifischen attributionen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 49(1), 44-55.
- Dickson, W. & Kendall, R. (1986). Does maintenance lithium therapy prevent recurrence of mania under ordinary clinical conditions?. *Psychological Medicine*, 16, 521-530.
- Dielman, T., Leech, S., Lorenger, A., & Horvath, W. (1984). Health locus of control and self-esteem as related to adolescence health behavior and intentions. *Adolescence*, 19, 935-950.
- Digiman, J. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- DiMatteo, M. (1991). Adherence to cancer regimes: implications for treating the oldest patients. *Oncology*, 6, 48-57.
- DiMatteo, M., Sherbourne, C., Hayes, RB., Ordway, L., Kravitz, R., McGlynn, E., et al. (1993). Physicians characteristics influent patients adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12, 91-102.
- Dixon, L., Weiden, P., Hass, G., & Sweeney, J. (1992). Increased tardive dyskinesia in alcohol-abusing schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 121-122.
- Doak, E. (1980). Premature termination from treatment in a brief therapy setting. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 40(7), 3387
- Dodrill, C., Batzel, L., Wilensky, A., & Yerby, M. (1987). The role of psychosocial and financial factors in medication noncompliance in epilepsy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17(2), 143-154.
- Doleshal, D. (1988). Attempted cross-validation of an MMPI-derived scale designed to predict dropouts from inpatient alcohol treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 49(4), 1384
- Donovan, D. & O'Leary, M. (1978). The Drinking-Related Locus of Control Scale. Reliability, factor structure and validity. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 759-784.

- Donovan, J. (1986). An etiologic model of alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1-11.
- Donovan, J. & Blake, D. (1992). Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making. *Social Science and Medicine*, 34, 507-513.
- Dorevitch, A., Aronzon, R., & Zilberman, L. (1993). Medication maintenance of chronic schizophrenic out-patients by a psychiatric clinical pharmacist: 10-year follow-up study. *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 18, 183-186.
- Doroworth, T., & Overmier, J. (1977). On learned helplessness: the therapeutic effects of electroconvulsive shocks. *Physiological Psychology*, 5(3), 355-358.
- Drake, RE., McHugo, G., & Noordsy, D. (1993). Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: 4-year outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 150, 328-329.
- Drake, RE., Osher, FC., & Wallach, MA. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 408-414.
- Drake, RE. & Wallach, MA. (1989). Substance abuse among the chronically mental ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1041-1046.
- Dressen, L., Arntz, A., Luttelts, C., & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 265-274.
- Drugan, RC., Morrow, AL., Weizman, R., Weizman, A. et al. (1989). Stress-induced behavioral depression in the rat is associated with a decrease in GABA receptor-mediated chloride ion flux and brain benzodiazepine receptor occupancy. *Brain Research*, 487(1), 45-51.
- Drugan, RC., Ryan, SM., Minor, TR. & Maier, SF. (1984). Librium prevents the analgesia and shuttlebox escape deficit typically observed following inescapable shock. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 21(5), 749-754.
- Dubrin, J., & Zastrowny, T. (1988). Predicting early attrition from psychotherapy: an analysis of a large private-practice cohort. *Psychotherapy*, 25, 393-408.
- Dweck, C., & Licht, B. (1980). Learned helplessness and intellectual achievement. En Garber, J. & Seligman, MEP. (eds.). *Human helplessness: theory and applications*. New York: Academic Press.
- Dweck, CS. & Busch, ES. (1976). Sex differences in learned helplessness: differential debilitation with peer and adult evaluators. *Developmental Psychology*, 12, 147-156.
- Dweck, CS. & Gilliard, D. (1975). Expectancy statements as determinants of reactions to failure: Sex differences in persistence and expectancy change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(6), 1077-1084.
- Dyck, D., & Breen, L. (1978). Learned helplessness, immunization and importance of task in humans. *Psychological Reports*, 43(1), 315-321.
- Eagan, M. (1985). The relation between personality and exercise compliance. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 45(7), 2091
- Eaton, W., Larson, D., Mengel, M., Mengel, L., Campbell, R., & Montague, R. (1992). Psychosocial and psychopathologic influences on management and control of insulin-dependent diabetes. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, 105-117.

- Eaves, G. & Rush, A. (1984). Cognitive patterns in psymptomatic and remitted unipolar maior depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.
- Echeburua, E. (1995). Evaluación y tratamiento psicológico del alcohólico. En Becoña, E., Rodríguez, A. & Salazar, I. (eds.). *Drogodependencias. Drogas legales. Tomo II*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 1, 16-24.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1991). Las variables de personalidad y la terapia de conducta. *Medicina Psicosomática*, 20, 6-12.
- Echeburúa, E. & Elizondo, M. (1988). Estilo atribucional y locus de control en una muestra de Alcohólicos Anónimos. *Revista Vasca de Psicología*, 1, 71-78.
- Eckelman, J. & Dyck, D. (1970). Task-and setting-related cues immunization against learned helplessness. *American Journal of Psychology*, 92(4), 653-667.
- Eckman, T., Liberman, R., Phipps, C., & Blair, K. (1990). Teaching medication management skills to schizophrenic patient. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 33-38.
- Edelman, R. & Chambless, D. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577.
- Edlund, MJ., Wang, PS., Berglund, PA., Katz, SJ., Lin, E. & Kessler, RC. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845-851.
- Edwards, D. (1999). Psychological factors affecting adherence and metabolic control in diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 60(2), 0825
- Eisen, S., Miller, D., & Woodward, R. (1990). The effect of prescribed daily dose frequency on patient medication compliance. *Archives of Internal Medicine*, 150, 1881-1884.
- Engel, J. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Eraker, S., Kirscht, J., Becker, H., & Arbor, A. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Anales de Medicina Interna*, 100, 258-268.
- Evans, C. & Haynes, R. (1990). The patient compliance. En Rakel, R. (ed.). *Textbook of Family Practice* (pp. 371-379). Philadelphia: WB Saunders Company.
- Evans, D., & Blanchard, E. (1988). Prediction of early termination from the self-regulatory treatment of chronic headache. *Biofeedback and Self-Regulation*, 13, 245-256.
- Evans, L. & Spelman, M. (1983). The problem on noncompliance wuth drug therapy. *Drugs*, 25, 63-76.
- Everson, D. (1999). Prediction of treatment attrition in a psychological training clinic using the Personality Assessment Inventory, client variables, and therapist variables. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 60(2), 0826.

- Eysenck, H. (1990). Type A behavior and coronary heart disease: the third stage. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 25-44.
- Eysenck, H. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 o 3?. Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Eysenck, H., & Eysenck, S. (1964). *Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Eysenck, H., & Eysenck, S. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, H., & Eysenck, S. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder & Stoughton.
- Falloon, IRH. (1984). Developing and maintaining adherence to long-term drug-taking regimens. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 412-417.
- Fals-Stewart, W., & Lucente, S. (2003). An MCMI cluster typology of obsessive-compulsives: a measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome in behavior therapy. *Journal of Psychiatric Research*, 27(2), 139-154.
- Fals-Stewart, W., & Schafer, J. (1993). MMPI correlates of psychotherapy compliance among obsessive-compulsives. *Psychopathology*, 26, 1-5.
- Fanselow, MS. & Helmstetter, FJ. (1988). Conditional analgesia, defensive freezing, and benzodiazepines. *Behavioral Neuroscience*, 102(2), 233-243.
- Farmer, K. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21, 1074-1090.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medical Journal*, 92, 392-394.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Piero, A., Leombruni, P., & Rovera, G. (2003). Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 203-210.
- Faucette, RC. (1995). The role of learned helplessness in the onset of depression in obsessive compulsive personality disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 55(9), 4117
- Feinberg, R., Mathews, G., & Weiss, R. (1989). The social facilitation of learned helplessness: audience and coactor affects on the development of learned helplessness. *Journal of Human Behavior and Learning*, 6(1), 71-81.
- Feingold, A., Ball, S., Kranzler, H., & Rounsaville, B. (1996). Generalizability of the type A / type B distinction across different psychoactive substances. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 449-462.
- Fenton, WS., Blyler, CR. & Heinssen, RK. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Fernández, E. & Bermúdez, J. (2000). Estilo atribucional, autoobservación y defensividad: el caso del síndrome. *Revista de Psicología Social*, 15(2), 53-68.

- Fernández, E., Larre, M., & Rodríguez, A. (1996). Sobre el abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 58, 213-234.
- Fernando, M., Cooper, A., Cernovsky, Z., Bailey, C., & Velamoor, V. (1990). The impact of the amended Ontario Mental Health Act (Bill 7) on patients discharging themselves from hospital against medical advice (AMA): a preliminary study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 77-91.
- Ferrándiz, P. (1982). Interacción entre conductancia y una tarea cognitiva simple. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37(3), 585-594.
- Ferrándiz, P. (1986). Componentes cognitivos en el condicionamiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41(1), 73-82.
- Ferrándiz, P. (1989a). Indefensión aprendida. En Pinillos, J. & Mayor, J. (eds.). *Aprendizaje y Condicionamiento*. Madrid: Alhambra.
- Ferrándiz, P. (1989b). Immunization, controllability and predictability in noncontingent context. En Bond, NW. & Siddle, DAT. (eds.). *Psychobiology: Issues and applications*. New York: North-Holland Elsevier Science Publishers.
- Ferrándiz, P. (1993). Las relaciones interdisciplinares en Psicología: El trabajo de MEP. Seligman. En Quiñones, E., Tortosa, F. & Carpintero, H. (eds.). *Historia de la psicología: Textos y comentarios*. Madrid: Tecnos.
- Ferrándiz, P. & de Vicente, F. (1992). El efecto de los estímulos predecibles y del feedback en los déficit producidos por descargas inescapables. *Investigaciones Psicológicas*, 11, 47-56.
- Ferrándiz, P. & de Vicente, F. (1995a). Effects of feedback stimulus in fear conditioned with escapable and inescapable shocks in rats. *Psicothema*, 7, 351-359.
- Ferrándiz, P., & de Vicente, F. (1995b). The effects of predictability and feedback in appetitive discrimination test. *Interamerican Journal of Psychology*, 29, 201-213.
- Ferrándiz, P. & de Vicente, F. (1995c). El papel de la predicción y del feedback en contextos apetitivos no-contingentes y su influencia en el aprendizaje discriminativo. *Revista Interamericana de Psicología*, 29(2), 201-213.
- Ferrándiz, P. & de Vicente, F. (1997). The conditioned attention theory and bifactorial theory on the learned helplessness syndrome in appetitive contexts. *International Journal of Psychology*, 32 (6), 399 - 408.
- Ferrándiz, P., Olea, J. & Pardo, A. (1985). Efecto modulador del rasgo introversión-extroversión sobre el entrenamiento en indefensión aprendida. *Boletín de Psicología*, 9, 99-115.
- Ferrándiz, P. & Pardo, A. (1990). Immunization to learned helplessness in appetitive noncontingent contexts. *Animal Learning and Behavior*, 18(3), 252-256.
- Filstead, W., Drachman, D., Rossi, J., & Getsinger, S. (1983). The relationship of MMPI subtype membership to demographic variables and treatment outcome among substance misusers. *Journal of Studies on Alcoholism*, 44, 917-922.
- Firth, C. & Brewin, CR. (1988). Attributional change during psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 47-54.
- Fischer, S. (1989). The vulnerability of the depressed to life events: sadder and tougher. *Advances in Behaviour and Therapy*, 11(4), 271-286.

- Fishbein, M., & Ajzen, L. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Fisher, P., Winne, P., & Ley, R. (1993). Group therapy for adult women survivors of child sexual abuse: differentiation of completers versus dropouts. *Psychotherapy, 30*, 616-624.
- Fisher, S., & Reason, J. (1988). *Handbook of life stress, cognitive and health*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Fleischhacker, W., Meise, U., Günter, V., & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 11-15.
- Fleming, B., & Lewis, S. (1987). Factors associated with compliance in the follow-up treatment of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism, 22*(3), 297-300.
- Foa, E., Zinbarg, R., & Olasov-Rothbaum, B. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin, 112*, 218-238.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 839-852.
- Foulks, E., Persons, J., & Merkel, R. (1986). The effect of patients' beliefs about their illnesses on compliance in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 143*, 340-344.
- Fouremant, W., Parkes, R., & Gardin, T. (1981). The MMPI as a predictor of retention in a therapeutic community for heroin addicts. *International Journal of the Addictions, 16*, 893-903.
- Fox, P.E. & Oakes, W.F. (1984). Learned helplessness: non-contingent reinforcement in video game performance produces a decrement in performance on a lexical decision task. *Bulletin of the Psychonomic Society, 22*(2), 113-116.
- Francis, S. (1982). Dropout decisions perceived as a function of the relationship between identity status, locus of control and ego development: a developmental approach to retention and attrition. *Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences, 42*(10), 4319
- Frank, E., Kupfer, D., & Siegel, L. (1995). Alliance not compliance: a philosophy of outpatient care. *Journal of Clinical Psychiatry, 56*, 11-17.
- Frank, E., Prien, R., & Kupfer, D. (1985). Implications of noncompliance on research in affective disorders. *Psychopharmacological Bulletin, 21*, 37-42.
- Frank, J., Gliedman, L., Imber, S., Nash, E., & Stone, A. (1957). Why patients leave psychotherapy. *Archives of Neurology and Psychiatry, 77*, 283-299.
- Frank, J., Hoehn-Saric, R., & Imber, S. (1978). *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner / Mazel.
- Frankel, A. & Snyder, M.L. (1978). Poor performance following unsolvable problems: learned helplessness or egotism?. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*(12), 1415-1423.
- Fraps, C., McReynolds, W., Beck, N., & Heisler, G. (1982). Predicting client attrition from psychotherapy through behavioral assessment procedures and a critical response approach. *Journal of Clinical Psychology, 38*(4), 759-764.

- Frayn, DF. & Frcp, MD. (2001). Assesment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 251-261.
- Freire Arteta, B. (1986). Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6, 23-42.
- Freire Arteta, B. (1990). Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10, 221-227.
- Friedman, H. & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease prone" personality: a meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.
- Friedman, H., Tucker, J., Schwartz, J., Martin, L., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D., & Criqui, M. (1995). Childhood conscientiousness and longevity: health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 696-701.
- Friedman, M. & West, A. (1987). Current need versus treatment history as predictors use of outpatient psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1453-1455.
- Gaebel, W. (1997). Toward the improvement of compliance: the significance of psycho-education and new antipsychotic drugs. *Internal Clinic Psychopharmacology*, 12, 37-42.
- Gaebel, W. & Pietzcker, A. (1985). One year outcome of schizophrenic patients . the interaction of chronicity and neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 18, 235-239.
- Galperin, J. (1994). Cómo entender la adherencia a tratamientos. *Medifam*, 4, 213-216.
- Galzer, HI. & Weiss, JM. (1976). Long-term and transitory interference effects. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 2, 191-201.
- Garber, J. y Seligman, M.E.P. (1980). *Human helplessness: theory and applications*. London: Academic Press.
- García Cabeza, I., Sánchez Díaz, E. I., Sanz Amador, M., Gutiérrez Rodríguez, M., & Gonzalez Chávez, M. (1999). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 211-216.
- Garfield, S. & Bergin, AE. (eds.) (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: Wiley.
- Garrity, T. (1981). Medical compliance and the clinician-patient relationship: a review. *Social Science and Medicine*, 15, 215-222.
- Gaspar, G., Gato, A., Ballesteros, P., & Pérez Gómez, V. (1992). Tasa de abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis e infección por VIH. *Anales de Medicina Interna*, 9, 101-102.
- Gatchel, R., Paulus, P., & Maples, C. (1975). Learned helplessness and self-reported affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 732-734.
- Gatchel, R. & Proctor, JD. (1976). Physiological correlates of learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 732-734.
- Gavino, A. & Godoy, A. (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 511-536.

- Geer, JH., Davison, GC. & Gatchel, RI. (1970). Reduction of stress in humans through nonveridical perceived control of aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(4), 731-738.
- Gerhand, S. & Blakey, R. (1994). An investigation into early discontinuation of clinical psychology contact by clients. *Clinical Psychology Forum*, 74, 26-30.
- Gerlach, J. (1994). Oral versus depot administration of neuroleptics in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 28-32.
- Geyer, M., Piöttner, G., & Winlecki, P. (1991). Karl Marx University: the Leipzig Psychotherapy Process Research Program. En Beutler, L. & Crago, M. (eds.). *Psychotherapy research: an international review of programmatic studies*. (pp. 194-201). Washington DC: American Psychological Association.
- Gilbert, J., Evans, C., Haynes, R., & Tugwell, P. (1980). Predicting compliance with a regimen of digoxin therapy in family practice. *Canadian Medical Journal*, 123, 119-122.
- Gilmore, J., Lash, S., Foster, M., & Blosser, S. (2001). Adherence to substance abuse treatment: clinical utility of two MMPI-2 scales. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 542-540.
- Giral, P., Martin, P., Soubrie, P. & Simon, P. (1988). Reversal of helpless behavior in rats by putative 5-HT-sub(1A) agonists. *Biological Psychiatry*, 23(3), 237-242.
- Glascoock, L. (1995). Attributional style as a predictor of work performance. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(5-B), 2915
- Glazer, HI, & Weiss, JM. (1976). Long-term interference effect: An alternative to learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 2(3), 202-213.
- Goldberg, L. (1981). Lenguaje and individual differences: the search for universals in personality lexicons. En Wheeler, I. (ed.). *Review of personality and social psychology*. Beverly Hills, California: Sage.
- Goldberg, L. (1989). *Standard markers of the Big Five factor structure*. Groningen, The Netherlands.
- Goldberg, L. (1990). An alternative "description of personality": the Big Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229.
- Goldberg, L. (1993). The structure of phenotypia personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- Goldstein, B., Abela, J., Buchanan, G., & Seligman, M. (2001). Attributional style and life events: a diathesis-stress theory of alcohol consumption. *Psychological Reports*, 87(3, pt.1), 949-955.
- Golin, S., Sweeney, PD. y Shaeffer, DE. (1981). The causality of causal attributions in depression: a cross-lagged panel correlational analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 14-22.
- Gong-Guy, E., & Hammen, C. (1980). Causal perceptions of stressful life events in depressed and nondepressed outpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 662-669.
- González, E., González, M., Sáiz, P., & Bobes, J. (1998). Capacidad de control del drogodependiente. *Psicothema*, 11(2), 375-384.

- Goodkin, F. (1976). Rats learn the relationships between responding and environmental events: an expansion of the learned helplessness hypothesis. *Learning and Motivation*, 7, 382 - 394.
- Goodwin, F. & Jamison, K. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Grahn, R., Will, M., Hammack, S., Maswood, S., McQueen, M., Watkins, L., & Maier, S. (1999). Activation of serotonin-immunoreactive cells in the dorsal raphe nucleus in rats exposed to an uncontrollable stressor. *Brain Research*, 826(1), 35-43.
- Graveley, E. & Oseasohn, C. (1991). Multiple drug regimens: medication compliance among veterans 65 years and older. *Research in Nursing & Health*, 14, 51.
- Gray, J. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Green, J. (1988). Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 963-966.
- Greenwald, A. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35, 603-618.
- Griffith, N. (1977). Effects of noncontingent success and failure on mood and performance. *Journal of Personality*, 45, 442-457.
- Grilo, CM., Money, R., Barlow, DH., Goddard, AW., Gorman, JM., Hofmann, SG., Papp, LA., Shear, MK. & Woods, SW. (1998). Pretreatment patient factors predicting attrition from a multicenter randomized controlled treatment study for panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 323-332.
- Gross, W., & Nerviano, V. (1973). The prediction of dropouts from an inpatient alcoholism program by objective personality inventories. *Quarterly Journal of Studies in Alcoholism*, 34, 514-515.
- Gruznski, R., & Carillo, R. (1988). Who completes batterer treatment groups?. *Journal of Family Violence*, 3, 141-150.
- Grymonpre, R., Didur, C., Montgomery, P., & Sitar, D. (1998). Pill count, self-report, and pharmacy claims data to measure medication adherence in the elderly. *Annals of Pharmacotherapy*, 32, 749-754.
- Günther, V. & Meise, U. (1990). Compliance - ein komplexes problem. *Wien Med Wochenschr*, 13, 365-369.
- Gutierrez, S. & Reich, J. (1988). Attributional analysis of drug abuse and gender: effects of treatment and relationship to rehabilitation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 176-191.
- Gutierrez, S., Russo, N., & Urbanski, L. (1994). Sociocultural and psychological factors in American Indian Drug Use: implications for treatment. *The International Journal of the Addictions*, 29(4), 1761-1786.
- Haaga, DAF., Ahrens, AH., Schulman, P., Seligman, MEP., DeRubeis, R. & Minarik, ML. (1995). Meta-traits and cognitive assessment: application to attributional style and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 121 - 142.

- Habboushe, D. (2001). Coping style and locus of control: predicting daily adherence to self-monitoring of blood glucose in women with gestational diabetes mellitus. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 62(5), 2484
- Haddad, Y. (2001). The role of negative attributional style and depression in predicting academic performance of males and females after receiving unacceptable grades. *Dirasat: Educational Sciences*, 28(1), 209-228.
- Hafferty, F. & Salloway, J. (1994). In search of the physician-patient interaction in models of health behavior change. En Albrecht, G. (ed.). *Advances in medical sociology*. London: JAI Press.
- Hague, W., Donovan, D., & O'Leary, M. (1976). Personality characteristics related to treatment decisions among inpatient alcoholics: a non-relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 476-479.
- Halderstadt, L., Andrews, D., Metalsky, G., & Abramson, L. (1984). Helplessness, hopelessness, and depression: a review of present and future directions. En Endler, N. & Hunt, M. (eds.). *Personality and the behavioral disorders*. New York: Wiley.
- Hamberger, L., & Hastings, J. (1989). Counseling male spouse abusers: characteristics of treatment completers and dropouts. *Violence and Victims*, 4(275), 286
- Hamberger, L., Lohr, J., & Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification*, 24(4), 528-552.
- Hanson, R. (1986). Physician-patient communication and compliance. En Gerber, K. & Nehemkis, A. (eds.). *Compliance: The Dilemma of Chronically ill*. (pp. 182-212). New York: Springer.
- Haring, C., Tegeler, J., Lehmann, E., & Ptock, W. (1981). Social aspects of therapy with depot neuroleptics in the Federal Republic of Germany. *Acta Psychiatrica Belgica*, 81, 189-202.
- Hart, J. (1982). Failure to complete treatment for headache: a multiple regression analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 781-782.
- Hartley, D. & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy. En Masling, F. (ed.). *Empirical studies of psychoanalytic theories*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hartmann, D. (2000). Locus of control and program completion for state funded alcohol clients. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(2), 27-35.
- Harvey, D. (1981). Depression and attributional style: interpretations of important personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 134-142.
- Harvey, N., & Peet, M. (1991). Lithium maintenance: 2. Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. *British Journal of Psychiatry*, 158, 200-204.
- Hasak, M. (1979). Personality styles and their relationship to dropping out of therapy at an early stage. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 40(2), 893-894.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Hathaway, SR. & McKinley, JC. (1967). *Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)*. New York: The Psychological Corporation. Adaptación española (1975): Cuestionario de Personalidad MMPI. Madrid: TEA Ediciones.
- Haugen, R. y Lund, T. (1998). Attributional style and its relation to other personality dispositions. *British Journal of Educational Psychology*, 68, 537-549.
- Hayduk, L. (1991). Medication education: increasing medication compliance. *Journal of Psychosocial Nursing*, 29, 32-35.
- Haynes, R. & Ayliffe, G. (1991). Locus of control of behaviour: is high externality associated with substance misuse?. *British Journal of the Addictions*, 86, 1111-1117.
- Haynes, R. (1979a). Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. En Haynes, R. Taylor, D. & Sackett, D. (eds.). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R. (1979b). Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En Haynes, R., Taylor, D. & Sackett, DL. (eds.). *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Haynes, RB. & Dantes, R. (1987). Patient compliance and the design and interpretation of clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 8, 12-19.
- Haynes, R., Taylor, DW., & Sackett, DL. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press.
- Hays, R. & DiMatteo, M. (1987). Key issues and suggestions for patient compliance assessment: sources of information, focus of measures, and nature of response options. *Journal of Compliance in Health Care*, 2, 37-53.
- Hayward, P., Chan, N., Kemp, R., Youle, S. (1995). Medication self-management: a preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health*, 4, 511-517.
- Haywood, TW., Kravitz, HM., Grossman, LS., Cavabaugh, JL. jr., Davis, JM., & Lewis, DA. (1995). Preidctin the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 856-861.
- Heggstad, T. (2001). Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission - effects of high patient turnover. *Acta Psychiatrica Sacandinavica*, 103, 196-202.
- Heisler, G., Beck, N., Fraps, C., & MacReynolds, W. (1982). Therapist ratings as predictors of therapy attendance. *Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 754-758.
- Hellhammer, D. et al. (1984). Learned helplessness: effects on brain monoamines and the pituitary-gonadal axis. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 21(4), 481-485.
- Helmus, T., Downey, K., Arfken, C., Henderson, M., & Schuster, C. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 287-295.
- Helmus, T., Downey, K., Rhodes, H., Hooper, J., & Schuster, C. (1998). Novelty seeking and high risk behavior in the treatment of herion dependent poly-drug abusers. *NIDA Research Monograph.*, 179, 144.

- Hemingway, R., & Reige, T. (1988). The involvement of endogenous opiate systems in learned helplessness and stress-induced analgesia. *Psychopharmacology*, 93(3), 353-357.
- Henderson, M., Downey, K., Helmus, T., Arfken, C., & Schuster, C. (1999). Novelty seeking predicts differentially early versus late dropouts in a heroin dependnet poly-substance abuse population. *NIDA Research Monograph*, 180, 314.
- Henderson, T., Hall, J., & Lipton, T. (1979). Changing self-destructive behaviors. En Stone, G., Cohen, F. & Adler, N. (eds.). *Health Psychology: a handbook*. (pp. 141-160). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hershorn, M. (1993). The elusive population: characteristics of attenders versus non-attenders for Community Mental Health Center Intakes. *Community Mental Health Journal*, 29, 49-57.
- Herz, M. & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 801-805.
- Hill, C., Nutt-Williams, E., Heaton, K., Thompson, B., & Rhodes, R. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: a qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 207-217.
- Hillis, GD., Eagles, A., & Eagles, J. (1993). Premature termination of psychiatric contact. *The International Journal of Social Psychiatry*, 39, 100-107.
- Hinrichsen, J. (1976). Locus of control among alcoholics. Some empirical and conceptual issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(7), 908-916.
- Hiroto, D.S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, 102, 197 - 193.
- Hiroto, DS. y Seligman, MEP. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 311 - 327.
- Hirt, M. & Genshaft, JL. (1981). Immunization and reversibility of cognitive deficits due to learned helplessness. *Personality and Individual Differences*, 2(3), 191-196.
- Hochstadt, NJ. & Trybula, J. Jr. (1980). Reducting missed initial appointments in a community mental health center. *Journal of Community Psychology*, 8, 261-265.
- Hoencamp, E., Hallmans, P., & Duivenvoorden, H. (1998). Predictability of dropout in unipolar depressed outpatients. *European Psychiatry*, 13(2), 63-66.
- Hoffman, H., & Jansen, D. (1973). Relationship among discharge variables and MMPI scale changes of hospitalized alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 475-477.
- Hogan, TP., Awad, AG., & Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13, 177-183.
- Hoge, S., Appelbaum, P., Lawlor, T., & Beck, J. et al. (1990). A prospective, multicenter study of patient's refusal of antipsychotic medication. *Archives of General Psychiatry*, 47, 949-956.
- Hollon, SD. & Garber, J. (1980). A cognitive - expectancy theory of therapy for helplessness and depression, en J. Garber y MEP. Seligman: *Human helplessness: theory and applications*. London: Academic Press.

- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. En Petrie, K. & Weinman, J. (Eds.), *Perceptions of health and illness: current research and applications*. (pp. 155-187). London: Harwood.
- Horne, R. (1999). Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome?. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 491-495.
- Horne, R., Coombes, I., Davies, G., Hankins, M., & Vincent, R. (1999). Barriers to optimum management of heart failure by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 49, 111-116.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 555-567.
- Horwitz, R. & Horwitz, S. (1993). Adherence treatment and health outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 153, 1863-1868.
- House, JS., Landis, KR. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.
- Huber, N., & Danahy, S. (1975). Use of MMPI in predicting completion and evaluating changes in a long-term alcoholism treatment program. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 1230-1237.
- Humphries, RA. (1998). Locus of control, stress, self-esteem and behavioral problems as predictors of behavioral health outcome in diabetic youth. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 58(10), 5646.
- Hunt, C. & Andrews, G. (1992). Drop-out rate as performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 275-278.
- Hunter, L. (2000). Use of selected MMPI-A factors in the prediction of clinical outcomes in a community-based treatment program for juvenile sexual offenders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 60(11), 5775
- Husted, J. (1999). Insight in severe mental illness. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27(1), 33-49.
- Ibach, M. (1995). Predictors of compliance after hospitalization. *Journal of LA State Medical Society*, 147, 321-324.
- Irwin, DS., Weitzell, WD., & Morgan, DW. (1971). Phenothiazine intake and staff attitudes. *British Journal of Psychiatry*, 127, 1631-1635.
- Isaacowitz, D., & Seligman, M. (2001). Is pessimism a risk factor for depressive mood among community-dwelling older adults?. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 255-272.
- Isaacowitz, D., & Seligman, M. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 54(3), 233-253.
- Jackson, J., Alexander, JH. & Maier, SF. (1980). Learned helplessness, inactivity and associative deficit: effects of inescapable shock on response choice escape learning. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 6, 1-20.

- Jackson, LA. & Larrance, D. (1979). Is a refinement of attribution theory necessary to accommodate the learned helplessness reformulation?. A critique of thereformulation of Abramson, Seligman y Teasdale. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 681-682.
- Jackson, R. & Minor, T. (1988). Effects of signaling inescapable shock on subsequent learning: implications for theories of coping and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 14, 390-400.
- Jacobs, K. (1981). Utility of MMPI configural scoring in predicting continuation in residential alcoholism treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 41(10), 3893
- Janowsky, DS., El Yousef, MK., Davis, JM. & Sekerke, HJ. (1972). Cholinergic antagonism of methylphenidate-induced stereotyped behavior. *Psychopharmacologia*, 27(4), 295-303.
- Janz, N. & Becker, M. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jardine, E. & Winefield, AH. (1981). Achievement motivation psychological reactance and learned helplessness. *Motivation and Emotion*, 5(2), 99-113.
- Jenkins, J., Williams, P., Kramer, G., Davis, L., & Petty, F. (2001). The influence of gender and the estrous cycle on learned helplessness in the rat. *Biological Psychology*, 58(2), 147-158.
- Job, R. (1987). Learned helplessness in an appetitive discrete-trial T-maze discrimination test. *Animal Learning and Behavior*, 16, 451 - 460.
- Job, R. (1988). Interference and facilitation produced by noncontingent reinforcement in the appetitive situation. *Animal Learning and Behavior*, 16(4), 451-460.
- Job, R. & Barnes, B. (1995). Stress and consumption: inescapable shock, neophobia and quinine finickiness in rats. *Behavioural Neuroscience*, 109, 106-116.
- Johansson, E., Diwan, ND., Huong, ND., & Ahlberg, BM. (1996). Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an exploratory study in a district in Vietnam. *Tubercle and Lung Disease*, 77, 178-183.
- John, O. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. En Pervin, L. (Ed.), *Handbook of personality theory and research*. New York: Guilford.
- Johnson, E., Nora, R., Tan, B., & Bustos, N. (1991). Comparison of two locus of control scales in predicting relapse in a alcoholoc population. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 43-50.
- Joiner, TJ. & Wonderlich, S. (1995). Bulimic symptoms and the development of depressive symptoms: the moderating role of attributional style. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 651-666.
- Jones, J. (1985). Predicting patients' withdrawal against medical advice from an alcoholism treatment center. *Psychological Reports*, 57(3, pt. 1), 991-994.
- Jones, S., Nation, J., & Massad, P. (1977). Immunization against learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(1), 75-83.

- Kahler, C., Epstein, E., & McGrady, B. (1995). Loss of control and inability to abstain: the measurement of the relationship between two constructs in male alcoholics. *Addiction*, 90(1), 1025-1036.
- Kahn, C. & Pike, KM. (2001). In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 237-244.
- Kalichman, S., Shealy, L., & Craig, M. (1990). The use of MMPI in predicting treatment participation among incarcerated adult rapists. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 3(2), 105-119.
- Kamen Siegel, L., Rodin, J., Seligman, MEP. & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10(4), 229-235.
- Kammer, D. (1983). Depresión, attributional style and failure generalization. *Cognitive Therapy and Research*, 7(5), 413-424.
- Kampman, O. & Lehtinen, K. (1999). Compliance in psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 167-175.
- Kane, J. (1983). Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 3-6.
- Kanfer, F. (1975). Self-management methods. En Kanfer, F. & Goldstein, A. (eds.). *Helping people change*. (pp. 309-355). New York: Pergamon Press.
- Kaplan De-Nour, A., & Czackes, J. (1976). Personality factors in chronic hemodialysis patients causing noncompliance with medical regimen. *Psychosomatic Medicine*, 34, 333-344.
- Kaplan, R., & Simon, H. (1990). Compliance in medical care: reconsideration of self-predictions. *Annual Behavioral Medicine*, 12, 66-71.
- Kapur, S., Ganguli, R., Ulrich, RF., & Raghu, U. (1991). Use of random-sequence riboflavin as a marker of medication compliance in chronic schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 6, 49-53.
- Kashner, T., Rader, L., Rodell, D., & Beck, CM. (2003). Family characteristics, substance abuse, and hospitalization patterns of patients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 195-197.
- Katerndahl, D. (2001). Locus of control and field dependence in prediction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(5), 335-338.
- Kavanagh, D., Gooley, S., & Wilson, P. (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *Journal of Behavioural Medicine*, 16, 509-522.
- Keck, P., McElroy, S., Strakowski, SM., Stanton, S., Kizer, D., Balistreri, T., Bennett, J., Pharm, D., Tugrul, K., & West, S. (1996). Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 292-297.
- Keegan, J., Dewey, D., & Lucas, C. (1987). MMPI correlates of medical compliance in weight control program. *International Journal of Eating Disorders*, 6(3), 439-442.
- Keegan, J., & Lachar, D. (1979). The MMPI as a predictor of early termination from polydrug abuse treatment. *Journal of Personality Assessment*, 43, 379-384.

- Keen, A., Blakey, R., & Peaker, A. (1996). The effects of non-attendance and early discontinuation of enclosing an information leaflet to prospective client for clinical psychology. *Clinical Psychology Forum*, 96, 33-35.
- Keijsers, G., Kampman, M., & Hoogduin, C. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*, 32, 739-749.
- Keijsers, G., Schaap, C., Hoogduin, C., Hoogteyens, B., & de Kemp, E. (1999). Preliminary results on a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 27, 165-179.
- Kelley, A. (2001). Personality, stress and social support as predictors of dropout from inpatient treatment for cocaine abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 6(10), 5610
- Kelley, HH. (1967). Attribution theory in social psychology. En Levine, L. (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 15. Lincoln, NB: University Nebraska Press.
- Kelly, J. (1995). Making sense of drug compliance by patients. *Nursing Times*, 91, 40-41.
- Kelly, GR., Mamon, J., & Scott, J. (1987). Utility of the Health Belief Model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. *Social Science and Medicine*, 25, 1205-1211.
- Kelly, GR. & Scott, JE. (1990). Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Medical Care*, 28, 1181-1197.
- Kemp, R. & David, A. (1996). Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 169, 444-450.
- Kemp, R., David, AS., & Hayward, P. (1996). Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 331-350.
- Kemp, R., Kirov, B., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.
- Kemp, R. & Lambert, MJ. (1995). Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research*, 18, 21-28.
- Kennard, D. & Wilson, S. (1979). The modification of personality disturbances in a therapeutic community for drug abusers. *British Journal of Medical Psychology*, 52(3), 215-221.
- Kent, S. & Yellowlees, P. (1994). Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 347-350.
- Kerr, T., Schapiro, K., & Garside, R. (1970). The relationship between the Maudsley Personality Inventory and the course of affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116, 11-19.
- Keyson, M. & Janda, L. *Untitled Locus of Drinking Control Scale*. St. Luke's Hospital, Phoenix, AZ. Sin publicar.
- Killaspy, H., Gledhill, J., & Banerjee, S. (1998). Satisfaction of attenders and non-attenders with their treatments at psychiatric out-patient clinics. *Psychiatric Bulletin*, 22, 612-615.

- King, S., & Snow, B. (1989). Factors predicting premature termination from a multidisciplinary inpatient chronic pain program. *Pain, 39*(3), 281-287.
- Kinsman, R., Dirks, J., & Dahlem, N. (1980). Noncompliance to prescribed-as-needed (PRN) medication use in asthma: usage patterns and patient characteristics. *Journal of Psychosomatic Research, 24*, 97-107.
- Kish, G., & Hermann, H. (1971). The Fort Meade alcoholism treatment program: a follow-up study. *Quarterly Journal of Studies in Alcoholism, 32*, 628-635.
- Kissling, W. (1994). Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 16-24.
- Klein, D., Fencil-Morse, E., & Seligman, M. (1976). Learned helplessness, depression, and the attribution of failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 33*, 508-516.
- Klein, D. & Seligman, M. (1976a). Learned helplessness, depression and the attribution of failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 33*, 508-516.
- Klein, D., & Seligman, M. (1976b). Reversal of performance deficits and perceptual deficits in learned helplessness and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 11-26.
- Klein, L., German, P., McPhee, S., Smith, C., & Levine, D. (1982). Aging and its relationship to health knowledge and medication compliance. *The Gerontologist, 22*, 384-387.
- Kline, J., & King, M. (1973). Treatment dropouts from a community mental health center. *Community Mental Health Journal, 9*(4), 354-360.
- Klinger, W. (2000). The MMPI-2: a predictor of success in weight loss among the obese. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering, 61*(4), 1864
- Kluger, MP. & Karras, A. (1983). Strategies for reducing missed appointments in a community mental health center. *Community Mental Health Journal, 19*, 137-143.
- Koski-Jaenes, A. (1994). Drinking related locus of control as a predictor of drinking after treatment. *Addictive Behaviors, 19*, 491-495.
- Kourany, RFC., Garber, J., & Tornusciolo, G. (1990). Improving first appointment attendance rates in child psychiatry outpatient clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 657-660.
- Krasnoff, A. (1977). Failure of MMPI scales to predict treatment completion. *Journal of Studies on Alcohol, 38*, 1440-1442.
- Kravitz, H., Fawcett, J., McGuire, M., Kravitz, G., & Whitney, M. (1999). Treatment attrition among alcohol-dependent men: is it related to novelty seeking personality traits?. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 19*, 51-56.
- Kravitz, R., Hays, R., Sherbourne, C., Di Mateo, M., Rogers, W., Ordway, L., et al. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine, 153*, 1869-1878.
- Krulle, D. & Hales, R. (1988). Compliance with psychiatric referrals from a general hospital psychiatry outpatient clinic. *General Hospital Psychiatry, 10*, 339-345.
- Kubany, E., & Manke, F. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 27-61.

- Kuttner, M. (1987). Learned helplessness, depression and their relationship to adherence and metabolic control in Type I diabetic adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 47(11), 4653-4654.
- Kuttner, M., Delamater, A., & Santiago, J. (1990). Learned helplessness in diabetic youths. *Journal of Pediatric Psychology*, 15(5), 581-594.
- Labouvie, E., & McGee, C. (1986). Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 289-293.
- Labrador, F. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
- Labrador, F., & Crespo, M. (1993). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Laguna, L., Hope, D., & Herbert, J. (1994). *Homework compliance and improvement in cognitive-behavior group therapy with social phobics*. Paper presented at the Annual Meeting of the Anxiety Disorders Association of America. Santa Monica, CA.
- Lambert, M.J. & Asay, T. (1984). Patient characteristics and their relationship to psychotherapy outcome. En Hersen, M., Michelson, L. & Bellack, A. (eds.). *Issues in Psychotherapy Research*. New York: Plenum Press.
- Langer, E.J. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- Lanum, J. et al. (1984). Effects of restraint on open-field activity, shock avoidance learning, and gastric lesions in the rat. *Animal Learning and Behavior*, 12(2), 195-201.
- Laudenslager, M., Ryan, S., Drugen, R., Hyson, R., & Maier, S. (1983). Coping and immunosuppression: inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation. *Science*, 221, 568-570.
- Lawrence, S.N. (1982). Factors associated with the premature termination of adults in an inner city outpatient psychiatric clinic. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 42(12), 4934.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress. Appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lee, R.K. y Maier, S.F. (1988). Inescapable shocks and attention to internal versus external cues in a water discrimination escape task. *Journal of Experimental Psychology: Animal behavior processes*, 14, 302-310.
- Lefcourt, H. (1966). Internal versus external control of reinforcement: a review. *Psychological Bulletin*, 65, 206-220.
- Lefcourt, H. (1976). *Locus of control: current trends in theory and research*. New York: Wiley.
- Lefcourt, H. (1980). Personality and locus of control. En Garber, J. & Seligman, M.E.P. (eds.). *Human helplessness. Theory and applications*. New York: Academic Press.
- Lefcourt, H. (1981). *Research with the locus of control construct. Vol. I*. New York: Academic Press.
- Lefcourt, H. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112, 411-414.

- Leigh, G., Ogborne, A., & Cleland, P. (1984). Factors associated with patient dropout from an outpatient alcoholism treatment services. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(4), 359-362.
- Leiker, M., & Hailey, B. (1988). A link between hostility and disease: poor health habits?. *Behavioral Medicine*, 14, 129-133.
- Leung, A. & Heimberg, R. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 423-432.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 132-139.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. En: HM. Lefcourt (Org.). *Research with the Locus of control construct*, (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Levenson H. (1991). Internality, powerful others and chance scales. En Robinson JP., Shaver PR., & Wrightsman LS. *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego: Academic Press. Pg.425-428 .
- Leventhal, H., Benyamin, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Millr, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. En Petrie, K. & Weinman, J. (eds.). *Perceptions of health and illness: current research and applications*. (pp. 19-46). London: Harwood.
- Leventhal, H. & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. En Baum, A. & Singer, J. (eds.). *A handbook of Psychology and Health*. (pp. 219-252). New York: Erlbaum Associates.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., & Gutmann, M. (1984). Compliance: a self-regulation perspective. En Gentry, D. (ed.). *Handbook of Behavioral Medicine*. (pp. 369-434). New York: Pergamon Press.
- Levis, D. (1976). Learned helplessness: A reply and an alternative S-R interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 47-65.
- Levy, SM., Lee, J., Bagley, C. & Lippman, M. (1988). Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: Seven-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 520-528.
- Ley, P. (1977). Patient compliance - a psychologist's view point. *Prescriber's Journal*, 17, 15-20.
- Ley, P. (1982). Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 241-254.
- Lin, E., Von Korff, M., Katon, W., Bush, T., Simon, G., Walker, E., & Robinson, P. (1995). The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, 33, 67-74.

- Linn, M., Caffey, E., & Klett, C. (1979). Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, *36*, 1055-1066.
- Littelpage, G., Kosloski, K., Schnelle, J., McNees, M., & Gendrich, J. (1976). The problem of early outpatient terminations from Community Mental Health Centers; A problem for whom?. *Journal of Community Psychology*, *4*, 164-167.
- Lloyd, A. (2001). An explanatory study of features related to adolescent medication compliance: personality factors, side effects, and substance abuse issues. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, *61*(10), 5571
- Lobo-Barrero, C. & Pérez-Escolano, E. (1997). Tratamiento de la tuberculosis: cumplimiento, abandono y tratamientos supervisados. *Archivos de Bronconeumología*, *33*, 588-590.
- López, F., Martín, I., de la Fuente, I., & Godoy, J. (2000). Estilo atribucional y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, *12*(supl.2), 331-334.
- Lorr, M., Katz, M., & Rubinstein, EA. (1958). The prediction of length of stay in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, *22*, 321-327.
- Lowe, RH. (1982). Responding to "no-shows": some effects of follow-up method on community mental health center attendance patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 602-603.
- Lowman, R., DeLarge, W., Roberts, T., & Brady, C. (1984). Users and teasers: failure to follow-up through with initial mental health services inquiries in child and family treatment center. *Journal of Community Psychology*, *12*, 253-261.
- Lowry, D. (1998). Issues of non-compliance in mental health. *Journal of Advanced Nursing*, *28*, 280-287.
- Luborsky, L., Averbach, H., Chandler, M., Cohen, D., & Bachrach, H. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy. A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, *75* (3), 145-185.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1988). Measures of psychoanalytic concepts. *Journal of Psycho-analysis*, *69*, 75-86.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?. Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, LR., Mintz, J., Auerbach, A., et al. (1980). Predicting the outcome of psychotherapy: findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 471-481.
- Lubow, RE. (1989). *Latent inhibition and conditioned attention theory*. University Press.
- Lubow, RE., Alek, M., & Arzy, J. (1975). Behavioral decrement following stimulus preexposure: effects of number of preexposures, presence of a second stimulus, and interstimulus interval in children and adults. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, *104*, 178-188.
- Lubow, RE., Caspy, T., & Schnur, P. (1982). Latent inhibition and helplessness in children: similarities and differences. *Journal of Experimental Child Psychology*, *34*, 231-256.
- Lubow, RE., Rosenblat, R. y Weiner, I. (1981). Confounding of controllability in the triadic design for demonstrating learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*, 458 - 469.

- Lubow, RE., Weiner, B., & Schnur, P. (1981). Conditioned attention theory. *The Psychology of Learning and Motivation*, 15, 1-49.
- Ludwig, W., Huber, D., Schmidt, S., Bender, W., & Greil, W. (1990). Assessment of compliance related attitudes in psychiatry. A comparison of two questionnaires based on the health beliefs model. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 25, 298-302.
- Luepker, R. (1993). Patient adherence: a risk factor for cardiovascular disease. *Heart Disease Stroke*, 2, 418-421.
- Lynch, B. (1996). An examination of the relationship among the commitment and control dimensions of hardiness, the appraised impact and frequency of negative life events and optimistic explanatory style. *Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences*, 56(11), 4327
- Lynch, D., Birk, T., Weaver, M., Gohara, A., Leighton, R., Repla, F., & Walsh, M. (1992). Adherence to exercise interventions in the treatment of hypercholesterolemia. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 365-377.
- Lynch, V. (1986). *Treatment continuance and sicontinuanee in a psychiatric clinic seting*. Doctoral Dissertation Department of Social Work; Boston College.
- Macnaughton, K. (2000). Predicting adherence to psychological recommendations by parents of clinic-referred children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(9), 4896
- Maier, SF. (1989). Learned helplessness: event covariation and cognitive chanfes. En Klien, SB. y Mowrer, RR. (eds.). *Contemporary learning theories: instrumental conditioning theory and the impact of biological constraints on learning*. Hillsdale, N.J.; Lawrence: Erlbaum Associates.
- Maier, SF. (1990). The role of fear in mediating the shuttle escape learning deficit produced by inescapable shock. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 16, 137-150.
- Maier, SF. (1993). Learned helplessness: relationship with fear and anxiety. En Maier, S. (ed.). *Stress: from synapse to syndrome*. (pp. 207-243). San Diego: Academic Press.
- Maier, SF. (2001a). Exposure to the stressor environment prevents the temporal dissipation of behavioral depression/learned helplessness. *Biological Psychiatry*, 49, 763-773.
- Maier, SF. (2001b). Time course of behavioral depression. *Biological Psychiatry*, 49, 763-773.
- Maier, SF. y Keith, J. (1987). Shock signals and development of stress-induced analgesia. *Journal of Experimental Psychology. Animal behavior Processes*, 13, 226-238.
- Maier, SF., Grahn, R., & Watkins, L. (1995). 8-OH-DPAT microinjected in the region of the dorsal raphe nucleus blocks and reverses the enhancement of fear conditioning and the interference with with escape produced by inescapable shock. *Behavioural Neuroscience*, 109, 404-413.
- Maier, SF. & Seligman, MEP. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46.
- Maier, SF., Seligman, MEP. & Solomon, R. (1969). Pavlovian fear conditioning and learned helplessness: Effects on escape behavior of (a) the CS-US contingency, and (b) the

- independence of the US and voluntary responding. En Campbell, BA. & Church, RM (eds.). *Punishment and aversive behavior*. Century Crofts.
- Maldonado, A., Luque, G., & Herrera, A. (1999). Cognición, estilo atribucional y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 5(2-3), 161-174.
- Maldonado, A. & Ruiz, JA. (1982). Indefensión aprendida en humanos: una revisión crítica. *Psicológica*, 3(2), 153-174.
- Mansilla, F., Herrero, F., Moreno, J., & Montes, A. (2001). Autoconcepto, autoestima, locus de control y autoeficacia en la dependencia del alcohol. *Anales de Psiquiatría*, 17, 153-161.
- Marcos, JL. (1983). *Condicionamiento y conciencia perceptiva (un estudio experimental sobre el condicionamiento clásico electrodérmico no-perceptivo: implicaciones teórico-prácticas)*. Tesis Doctoral: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Marcos, JL. (1986). *Manual de condicionamiento y biofeedback de la actividad electrodérmica*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Marcos, JL. (1996). Claves de la psicología del aprendizaje actual. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 291-307.
- Marcos, JL. (ed.) (1997). *Técnicas de condicionamiento humano*. Madrid: Universitas.
- Marcos, JL. & Simón, MA. (1991). Modificabilidad instrumental de la actividad electrodérmica: información versus incentivo. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 9, 97-111.
- Marcos, JL. & Yela, JR. (1988). Indefensión aprendida de la sensibilidad al estímulo aversivo en la prueba de escape en el diseño de pares acoplados. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14(41), 461-687.
- Marder, S. (1996). Management of treatment resistant patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 26-30.
- Marder, S. (1998). Facilitating compliance with antipsychotic medication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 21-25.
- Mark, J. Willians, G. & Teasdale, J. (1982). Facilitation and helplessness: the interaction of perceived difficulty and importance of task. *Behavior Research and Therapy*, 20, 161-171.
- Markova, IS. & Berrios, GE. (1995). Insight in clinical psychiatry revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 367-376.
- Marmar, C., Marziali, E., Horowitz, et al. (1986). The development of the Therapeutic Alliance Rating System. En Greenberg, L. (ed.). *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford.
- Marshall, G., Wortman, C., Vickers, R., Kusulas, J., & Hervig, L. (1994). The five-factor model of personality as a framework for personality-health research. *Personality Processes and Individual Differences*, 67(2), 278-286.
- Marshall, L., & Roiger, R. (1996). Substance user MMPI-2 profiles: predicting failure in completing treatment. *Substance Use and Misuse*, 31(2), 197-206.
- Martin, MV., Buckhalt, JA., Pipes, RB., Nivens, MK. & KATZ, JA. (1987). The effect of noncontingent feedback on attributional style. *Journal of Clinical Psychology*, 43(5), 456 - 462.

- Maruta, T., Colligan, R., Malinchoc, M., & Offord, K. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinical Procedure*, 75, 140-143.
- Matas, M., Staley, D., & Griffin, W. (1992). A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry*, 14, 124-130.
- Matsui, D., Hermann, C., Klein, J., et al. (1994). Critical comparison of novel and existing methods of compliance assessment during a clinical trial of an oral iron chelator. *Journal of Clinical Pharmacology*, 34, 944-949.
- Mattick, R., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D., & Christensen, H. (1990). Treatment of panic and agoraphobia: an integrative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 567-576.
- Mawhinney, H., Spector, S., Heitjan, D., Kinsman, R., Dirks, J., & Pines, I. (1993). As-needed medication use in asthma usage patterns and patient characteristics. *Journal of Asthma*, 30, 61-71.
- McCourt, W., Guerrero, R., & Cutter, H. (1993). Sensation seeking and novelty seeking: are they the same?. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 309-312.
- McCrae, R. (1991). The five-factor model and its assessment in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 57 (3), 399-414.
- McCrae, R. & Costa, P. (1983). Joint factors in self-reports and ratings: Neuroticism, extraversion and openness to experience. *Individual Differences*, 4, 245-255.
- McCrae, R. & Costa, P. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McCrae, R. & Costa, P. (1989). Rotation to maximize the construct validity of factors in the NEO Personality Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 24(1), 107-124.
- McCrae, R. & Costa, P. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.
- McCrae, R., Costa, P. & Busch, C. (1986). Evaluating comprehensiveness in personality systems: The California Q-Set and the five-factor model. *Journal of Personality*, 54, 430-446.
- McCrae, R. & John, O. (1992). An introduction to the 5-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-213.
- McEvoy, JP., Appelbaum, P., Apperson, LJ., Geller, JL., & Freter, S. (1989). Why must some schizophrenic patients be involuntary committed?. The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 13-17.
- McEvoy, JP., Apperson, LJ., Appelbaum, P., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., Geller, JL., & Roth, LH. (2002). Insight in schizophrenia: its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47.
- McEvroy, J., Howe, A., & Hogarty, G. (1984). Differences in the nature of relapse and subsequent in-patient course between medication compliant and non-compliant schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 412-416.
- McGavock, H., Britten, N., & Weinman, J. (1996). *A review of the literature on drug adherence*. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharp & Dohme.

- McGuire, W. (1980). The communication-persuasion model and health-risk labelling. En Morris, L., Mazis, M. & Barofsky, I. (eds.), *Product labelling and health risks*. (pp. 99-122). New York: Banbury.
- McGuire, W. (1985). Attitudes and attitude change. En Lindzey, G. & Aronson, E. (eds.), *Handbook of social psychology*. (pp. 233-346). New York: Randon House.
- McKay, J., Alterman, A., Cacciola, J., Rutherford, M., O'Brien, C., & Koppenhaver, J. (1998). A comparison of group counsellign vs. individual relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 778-788.
- McMahon, R., & Kelley, A. (1993). Personality and coping styles in the prediction of dropout from treatment for cocaine abuse. *Journal of Personality Assessment*, 61(1), 147-155.
- McNair, D., Lorr, M., & Callahan, D. (1963). Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(27), 10-17.
- McWhirter, B., & Page, G. (1999). Effects of anger management and goal setting group interventions on state-trait anger and self-efficacy beliefs among high risk adolescents. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 18(2), 223-237.
- McWilliams, J., & Brown, C. (1977). Treatment termination variables, MMPI scores and frequencies of relapse in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 477-486.
- Mechanic, D., & Cleary, P. (1980). Factors asociated with maintenance of positive health behavior. *Preventive Medicine*, 9, 805-814.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook*. New York: Plenum.
- Meise, U., Günter, V., & Gritsch, S. (1992). Die bedeutunh der arzt-patient-beziehung für die patient compliance. *Wien Klin Wochenschr*, 104, 267-271.
- Meise, U., Günter, V., & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 11-15.
- Mendels, J., Stern, S. & Frazer, A. (1976). Biochemistry of depression. *Diseases of the Nervous System*, 37(3, pt 2), 3-9.
- Menzies, R., Rocher, I., & Vissandjee, B. (1992). Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis. *Tubercle and Lung Disease*, 74, 32-37.
- Meresman, J., Horowitz, I., & Bein, E. (1995). Treatment assignment, dropout, and outcome of depressed patients who somaticize. *Psychotherapy Research*, 5, 245-257.
- Metalsky, G., Abramson, L., Seligman, M., Semmel, A., & Peterson, C. (1982). Attributional style and life events in classroom: vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 612-617.
- Metalsky, G., Halberstadt, L., & Abramson, L. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.

- Metalsky, G. & Joiner, T.J. (1992). Vulnerability to depressive symptomatology: a prospective test of the diathesis-stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 667-675.
- Metalsky, G. & Joiner, T.J. (1997). The hopelessness depression symptom questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 359-384.
- Metalsky, G., Joiner, T. J., Hardin, T., & Abramson, L. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: a test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 101-109.
- Michelson, L., Mavissakalian, M., & Meminger, S. (1983). Prognostic utility of locus of control in treatment in agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 309-313.
- Mikulincer, M. (1986). Motivational involvement and learned helplessness: The behavioral effects of the importance of uncontrollable events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(4), 402-422.
- Mikulincer, M. (1988). The relation between stable-unstable attribution and learned helplessness. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 221-230.
- Mikulincer, M. (1994). *Human helplessness: a coping perspective*. New York: Plenum Press.
- Mikulincer, M. & Nizan, B. (1988). Causal attribution, cognitive interference and the generalization of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 470-478.
- Miller, B., Pokorny, A., & Hanson, P. (1968). A study of dropouts in an in-patient alcoholism treatment program. *Disorders of the Nervous System*, 29, 91-99.
- Miller, J.W. y Norman, W.H. (1979). Learned helplessness in humans: a review and attributions theory model. *Psychological Bulletin*, 86(1), 93 - 118.
- Miller, S., Shoda, Y., & Hurley, K. (1995). Applying cognitive social theory to health-protective behavior: breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin*, 119(1), 70-94.
- Miller, W. & Norman, V. (1981). Effects of attributions for success on the alleviation of learned helplessness and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 113-124.
- Miller, W. & Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: fact or fiction?. *Psychological Bulletin*, 82, 213-225.
- Miller, W., & Seligman, M. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 228-238.
- Miller, W. & Seligman, M. (1976). Learned helplessness, depression and the perception of reinforcement. *Behavioural Research and Therapy*, 14, 7-17.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mills, J. (1991). A comparison between locus of control in inpatient alcoholics and children of alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 36, 1-6.

- Mills, J. & Taricone, P. (1991). Intrapersonal dependency and locus of control as personality correlates among adult male alcoholics undergoing residential treatment. *Psychological Reports*, 68, 1107-1112.
- Mineka, S., Cook, M., & Miller, S. (1984). Fear conditioned with escapable and inescapable shock: the effects of a feedback stimulus. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 10, 307-323.
- Mineka, S. & Hendersen, R. (1985). Controllability and predictability in acquired motivation. *Annual Review Psychology*, 36, 495-529.
- Mineka, S. & Zinbarg, R. (1996). Conditioning and ethological models of anxiety disorders: Stress-in-Dynamic-Context Anxiety models. En Hope, DA. (ed). *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on anxiety, panic, and fear. Current theory and research in motivation*, 43. (pp. 135-210). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Minor, TR. (1990). Conditioned fear and neophobia following inescapable shock. *Animal Learning and Behavior*, 18(2), 212 - 226.
- Minor, TR., Jackson, RL. & Maier, SF. (1984). Effects of task-irrelevant cues and reinforcement delay on choice-escape learning following inescapable shock: Evidence for a deficit in selective attention. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 10(4): 543-556.
- Minor, TR., Trauner, M., Lee, C., & Dess, N. (1990). Modeling signal features of escape response: effects of cessation conditioning in "learned helplessness" paradigm. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 16(2), 123-136.
- Mitchell, D. (1980). Learned helplessness and patient education. *Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences*, 40(12), 6160
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huand, M., & Cordell, L. (1991). Early dropouts form psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 478-481.
- Monane, M., Bohn, R., & Gurwitz, J. (1996). Compliance with antihypertensive therapy among elderly Medicaid enrollees: the roles of age, gender and race. *American Journal of Public Health*, 86, 1805-1808.
- Monane, M., Bohn, R., & Gurwitz, J. (1997). The effect of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly. *American Journal of Hypertens*, 10, 697-704.
- Montanakis, J., Markidis, M., Kontaxakis, V., & Liakos, A. (1985). A scale for detection of negative attitudes towards medication among relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 186-189.
- Moore, J., Strube, MJ. & Lacks, P. (1984). Learned helplessness. A function of attribution style and comparative performance information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(4), 526-535.
- Morales, J. & Gaviria, E. (1990). La motivación social. En Mayor, J. y Pinillos, J. (eds.), *Tratado de psicología general: motivación y emoción*. Madrid: Alhambra.
- Moran, P. (2001). Behavioral and affective responses to social comparison among hemodialysis patients: the moderating influence of control expectancies and personality. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 61(12), 6714

- Moras, K. & Strupp, H. H. (1982). Pre-therapy interpersonal relationships, patient alliance, and outcome in brief psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- Morisky, D., Malotte, C., Choi, P., Davidson, P. et al. (1990). A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug. *Health Education Quarterly*, 17, 253-267.
- Morméde, P., Danzter, R., Michaud, B., Kelley, K., & LwMoal, M. (1988). Influence as stressor predictability and behavioral control on lymphocyte reactivity, antibody responses and neuroendocrine activation in rats. *Physiological Behavior*, 43, 577-583.
- Morrison, V., Ager, A., & Willock, J. (1999). Perceived risk of tropical disease in Malawi: evidence of unrealistic pessimism and the irrelevance of beliefs of personal control?. *Psychology, Health and Medicine*, 4(4), 361-368.
- Mozdzierz, G., Macchitelli, F., Conway, J., & Krauss, H. (1973). Personality characteristic diferentes between alcoholics who leave treatment against medican advice and those who don't. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 78-82.
- Murphy, L., Thompson, R., & Morris, M. (1997). Adherence behavior among adolescents with Type I insulin-dependent diabetes mellitus: the role of cognitive appraisal processes. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(6), 811-825.
- Muten, E. (1991). Self-reports, spouse ratings, and the psychophysiological assessment in a behavioral medicine program: an application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality Assessment*, 57(3), 449-464.
- Myers, J. (1997). Characteristics of schizophrenic and schizoaffective compliers and noncompliers with psychoatric medication. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 57(10), 6584
- Myers, L., & Myers, F. (1999). The relationship between control beliefs and self-reported adherence in adults with cystic fibrosis. *Psychology, Health and Medicine*, 4(4), 387-391.
- Naber, D. (1995). A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drug, relationships to psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Internal Clinic Psychopharmacology*, 10, 133-138.
- Nation, J., Cooney, J., & Gartrell, K. (1979). Durability and generability of persistence training. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 121-136.
- Nicholson, I. R. (1994). Factors involved in failure to keep initial appointments with mental health professional. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 276-278.
- Nolan, C. (1992). Failure of therapy for tuberculosis in human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Medical Science*, 304, 168-173.
- Nouvilas, E. (2000). Rol percibido en la relación del profesional de la salud con el paciente y cumplimiento terapéutico. *Revista de Psicología Social*, 15, 87-112.
- Nowicki, S. & Duke, MP. (1983). The Nowicki-Strickland life-span locus of control scales: construct validation. En HM. Lefcourt (ed.). *Research with the Locus of Control construct. Vol. 2. Development and social problems.* (pp. 9 -51). New York: Academic Press.
- Nowicki, S. & Strickland, B. (1973). Locus of Control Scale for Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 148-154

- Nowicki S. & Strickland B. (1991). Nowicki Strickland internal external control scale for children (CNSIE). En Robinson JP., Shaver PR., & Wrightsman LS. *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego: Academic Press. Pg.545-547.
- O'Leary, M., Donovan, D., Freeman, C., & Chaney, E. (1976). Relationship between psychopathology, experienced control and perceived locus of control: in search of alcoholic subtypes. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 899-904.
- O'Leary, M., Rohsenow, D., & Chaney, E. (1979). The use of multivariate personality strategies in predicting attrition from alcoholism treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40(4), 190-193.
- Oakes, W., & Curtis, N. (1982). Learned helplessness: not dependent upon cognitions, attributions, or other such phenomenal experiences. *Journal of Personality*, 50(4), 387-408.
- Obitz, F. (1978). Control orientation and disulfiram. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 1297-1298.
- Obitz, F. & Swanson, M. (1976). Control orientation in women alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 694-697.
- Ohan, J., & Johnston, C. (1999). Attributions in adolescents medicated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 3(1), 49-60.
- Oiesvold, T., Saarento, O., Sytema, S., Vinding, H., Göstas, G., Lönnerberg, O., Muus, S., Sandlund, M., & Hansson, L. (2000). Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 367-373.
- Oldenburg, B., MacDonald, G., & Perkins, R. (1988). Factors influencing excessive thirt and fluid intake in dialysis patients. *Dialysis and Transplantation*, 17, 21-40.
- Olivera, A., Kiefer, M., & Manley, N. (1990). Tardive dyskinesia in psychiatric patients with substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 57-66.
- Ornstein, P. & Cherepon, J. (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 425-432.
- Osher, FC. & Drake, RE. (1996). Reversing a history of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 4-11.
- Otero, J., Luque, A., Conde, M., Jiménez, M., & Serrano, C. (2001). Estudio de las variables asociadas a las ausencias en las primeras consultas psiquiátricas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 153-158.
- Overmier, J. (1985). Toward a reanalysis of the causal structure of the learned helplessness syndrome. En Brush, F. & Overmier, J. (eds.), *Affect, conditioning and cognition: essays on the determinants of behavior*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Overmier, J., & LoLordo, VM. (1998). Learned helplessness. En O'Donohue, W. (ed.). *Learning and behavior therapy*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Overmier, J. & Seligman, MEP. (1967). Effects of inescapable shocks upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28 - 33.
- Owen, R., Fischer, E., Booth, B., & Cuffel, B. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 853-858.

- Oziel, L., & Obitz, F. (1975). Control orientation in alcoholics related to extent of treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36(1), 158-161.
- Ozment, J. & Lester, D. (2001). Helplessness, locus of control and psychological health. *Journal of Social Psychology*, 14, 137-138.
- Pachter, L. (1993). Acculturation and compliance with medical therapy. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, 163-168.
- Palenzuela, D. (1984) *Control personal: un enfoque integrativo multidimensional*. Sin publicar.
- Palomares, A., García, F., & Martínez, S. (1988). El cuestionario de estilo atribucional (ASQ): un estudio piloto en población española. *Psiquis*, 9(4), 21-23.
- Pan, P. & Tantam, D. (1989). Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: a comparison between regular and irregular attenders at depot clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 564-570.
- Pasahow, R. (1980). The relation between on attributional dimension and learned helplessness. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(3), 358-367.
- Paul, SM., Marangos, PJ. & Skolnick, P. (1981). The benzodiazepine-GABA-chloride ionophore receptor complex: Common site of minor tranquilizer action. *Biological Psychiatry*, 16(3), 213-229.
- Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy*, 22, 89-91.
- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *Journal of Ccical Psychology*, 48, 379-387.
- Pekarik, G., Jones, D., & Blodgett, C. (1986). Personality and demographic characteristics of dropouts and completers in a non-hospital residential alcohol treatment program. *The International Journal of the Addictions*, 21(1), 131-137.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P. & Loennqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 329-336.
- Penedo, F., Gonzalez, J., Dahn, J., Antoni, M., Malow, R., Costa, P., & Schneiderman, N. (2003). Personality, quiality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(3), 271-278.
- Perce, T. (1988). Obsesive-compulsive disorder: a treatment review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 48-55.
- Pérez, C., De Vicente, F., & Ferrándiz, P. (1997). El efecto del rendimiento no contingente predecible en el aprendizaje discriminativo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(2), 199-209.
- Perkins, RE. & Moodley, P. (1993). Perception of problems in psychiatric inpatients: Denial, race and service usage. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(4), 189-193.
- Persons, J., Burns, D., & Perloff, J. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy fro depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.

- Pervin, L. (1990). *Handbook of personality theory and research*. New York: Guilford.
- Peterson, C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 612 - 617.
- Peterson, C. (1982). Learned helplessness and health psychology. *Health Psychology*, 1(2), 153
- Peterson, C. (1985). Learned helplessness: fundamental issues in theory and research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 248 - 254.
- Peterson, C. (1988). Explanatory style as a risk factor for illness. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 119-132.
- Peterson, C. (1993). Helplessness behavior. *Behavior Research and Therapy*, 3(3), 289-295.
- Peterson, C. & Barrett, LC. (1987). Explanatory style and academic performance among university freshmen. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 306-607.
- Peterson, C. & Bossio, LM. (1991). *Health and optimism*. New York: Free Press.
- Peterson, C., Colvin, D. & Lin, EH. (1992). Explanatory style and helplessness. *Social Behavior and Personality*, 20(1), 1-13.
- Peterson, C., Luborsky, L. & Seligman, MEP. (1983). Attributions and depressive mood shifts: a case study using the symptom-context method. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 96-103.
- Peterson, C., Maier, S., & Seligman, M. (1993). *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. Nueva York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Raps, CS. & Villanova, P. (1985). Depression and attributions: factors responsible for inconsistent results in the published literature. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 165 - 168.
- Peterson, C., Schwartz, SM. & Seligman, MEP. (1981). Self-blame and depressive symptoms. *Journal of Social Psychology*, 41, 253-259.
- Peterson, C. & Seligman, MEP. (1981). Helplessness and attributional style in depression. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 18(3), 53-59.
- Peterson, C. & Seligman, MEP. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374.
- Peterson, C. & Seligman, MEP. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55(2), 237-265.
- Peterson, C., Seligman, MEP., & Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L., Metalsky, G., & Seligman, M. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-300.
- Peterson, C., Schwartz, SM. & Seligman, ME. (1981). Self-blame and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 337 - 348.

- Pettinati, H., Sugerman, A., & Maurer, M. (1982). Four year MMPI changes in abstinent and drinking alcoholics. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 6, 487-494.
- Petty, F., Chae, Y., Kramer, G., Jordan, S., et al. (1994). Learned helplessness sensitizes hippocampal norepinephrine to mild restrest. *Biological Psychiatry*, 35(12), 903-908.
- Petty, F., Davis, L., Kable, D., & Kramer, G. (1996). Serotonin dysfunction disorders: a behavioral neurochemistry perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 11-16.
- Petty, F., Kramer, G., Wilson, L., & Jordan, S. (1994). In vivo serotonin release and learned helplessness. *Psychiatry Research*, 52(3), 285-293.
- Petty, F. & Sherman, A. (1981). GABAergic modulation of learned helplessness. *Pharmacology and Biochemistry of Behavior*, 15, 567-570.
- Phares, E. (1976). *Locus of Control in Personality*. New York: Houghton Mifflin.
- Phillips, E. (1988). *Patient compliance: new light in health delivery systems in medicine and psychotherapy*. Toronto: Hans Huber Publishers.
- Piper, W., Azmin, H., McCallum, M., & Joyce, A. (1991). The University of Alberta Psychotherapy Research Center. En Beutler, L. & Crago, M. (eds.). *Psychotherapy research: an international review of programmatic studies*. (pp. 82-89). Washington DC: American Psychological Association.
- Pitman, R., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R., Macklin, M., Poiré, R., & Steketee, G. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17-20.
- Pittman, N. & Pittman, TS. (1979). Effects of amount of helplessness training and internal-external locus of control on mood and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 39-47.
- Poll, I., & Kaplan De-Nour, A. (1980). Locus of control and adjustment to chronic hemodialysis. *Psychological Medicine*, 10, 153-157.
- Pomeroy, J. & Ricketts, B. (1985). Long-term attendance in the psychiatric outpatient department for non-psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*, 147, 508-516.
- Pristach, C. & Smith, C. (1990). Medication compliance and substance abuse among schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1345-1348.
- Prociuk, T., Breen, L., & Lussier, R. (1976). Hopelessness, internal-external locus of control, and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 299-300.
- Pulido Ortega, F., Peña Sánchez de Rivera, J., Rubio García, R., González García, J., Costa Pérez-Herrero, J., Vázquez Rodríguez, J., & del Palacio Pérez-Mendel, A. (1997). Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Clínica Española*, 197, 163-166.
- Pullar, T., Kumar, S., Tindall, H., et al. (1989). Time to stop counting the tablets?. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 46, 163-168.
- Rabin, A., Kaslow, N., & Rehm, L. (1985). Factors influencing continuation in a behavioral therapy. *Behavior Research and Therapy*, 23(6), 695-698.

- Ralph, J.A. y Mineka, S. (1998). Attributional style and self-esteem: the prediction of emotional distress following a midterm exam. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 203-215.
- Ramirez, E., Maldonado, A., & Martos, R. (1992). Attributions modulate immunization against learned helplessness in humans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 139-146.
- Randall, T. (1992). International consensus report urges sweeping reform in asthma treatment. *JAMA*, 267, 2153-2154.
- Raps, C., Peterson, C., Reinhard, K., Abramson, L., & Seligman, M. (1982). Attributional style among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 102-108.
- Raynes, A. E. & Warren, G.H. (1971). Some characteristics of dropouts at first contact with a psychiatric clinic. *Community Mental Health Journal*, 7, 144-150.
- Reboloso, E. y Reboloso, J.R. (1994). Perfiles de atribución causal del éxito y fracaso de estudiantes universitarios en las relaciones interpersonales y rendimientos académico. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 4(2), 71-88.
- Rees, D. (1985). Health beliefs and compliance with alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 517.
- Rees, D. (1986). Changing patients' health beliefs to improve compliance with alcoholism treatment: a controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 436.
- Rees, D., Beecha, H., & Hore, B. (1984). Some factors associated with compliance in the treatment of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 19(4), 303-307.
- Reich, J. (1988). DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1149-1153.
- Reis, B., & Brown, L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.
- Renton, C.A., Affleck, J.W., Carstairs, G.M., & Forrest, A.D. (1963). A follow-up of schizophrenic patients in Edinburg. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 39, 548-600.
- Rhodewalt, F., & Fairfield, M. (1990). An alternative approach to Type A behavior and health: psychological reactance and medical noncompliance. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 323-342.
- Richmond, R. (1992). Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 123-130.
- Richter, D. (1975). Investigation of the short- and long-term effects of an audio-taped group counseling treatment on a volunteer sample of cigarette smokers. *Dissertation Abstracts International*, 35(9-A), 5829-5830.
- Riskind, J.H., Castellón, C.S. & Beck, A.T. (1989). Spontaneous causal explanations in unipolar depression and generalized anxiety: Content analysis of dysfunctional-thought diaries. *Cognitive Therapy and Research*, 13(2), 97-108.
- Roberts, H. (1985). Neurotic patients who terminate their own treatment. *British Journal of Psychiatry*, 146, 442-445.

- Roberts, R. (1983). Compliance, risk factor change, and personality traits as measured by the Cattell 16PF Questionnaire in men at high risk for coronary heart disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 43(7), 2354
- Robertson, W. (1985). The problem of patient compliance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 152, 948-952.
- Robinson, K., & Little, G. (1982). One day dropouts from correctional drug treatment. *Psychological Reports*, 51(2), 409-410.
- Rock, D. (1982). Appointments for intake interviews: an analysis of appointment-keeping behaviour at an urban community mental health center. *Psychological Reports*, 50, 863-868.
- Rodríguez, J., & Arnau i Gras, J. (1986). Déficit cognitivo de la indefensión aprendida: una aplicación de la teoría de la detección de señales. *Anuario de Psicología*, 35(2), 33-51.
- Rosellini, R.A.; DeCola, J.P. y Warren, D.A. (1986). The effects of feedback stimuli on contextual fear depends upon the length of the minimum intertrial interval. *Learning and Motivation*, 17, 229 . 242.
- Rosenbaum, G. & Ben-Ari, K. (1985). Learned helplessness and learned resourcefulness: effects of noncontingent success and failure on individuals differing in self-control skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 198-215.
- Rosenbaum, G., & Ben-Ari Smira, K. (1986). Cognitive and personality factors in the delay of gratification of hemodialysis patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 357-364.
- Rosenberg, C. & Raynes, A. (1976). *Keeping patients in psychiatric treatment*. Cambridge: Ballinger Publishing Co.
- Rost, K., Carter, W., & Inui, T. (1989). Introduction of information during the initial medical visit: consequences for patient follow-through with physician recommendations for medication. *Social Science and Medicine*, 28, 315-321.
- Rotenberg, K., Kim, L., & Herman-Stahl, M. (1998). The role of primary and secondary appraisals in the negative maladjustment of children of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage*, 29, 43-66.
- Roter, D. & Hall, J. (1997). Patient-provider communication. En Glanz, K., Lewis, F. & Rimer, B. (eds.). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Roth, S. (1980). A revised model of learned helplessness in humans. *Journal of Personality*, 48(1), 103-113.
- Roth, S., & Kubal, L. (1975). Effects of noncontingent reinforcement on tasks of differing importance: facilitation and learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 680-691.
- Rotter, J. (1954). *Social learning and clinical psychology*. NJ: Prentice-Hall.
- Rotter, J. (1966a). Generalized expectancies for internal vs external control reinforcement. *Psychological Monographs*, 81.
- Rotter, J. (1966b). Internal-external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.

- Rotter J. (1966c). Rotter internal external locus of control scale. En Mangen DJ. & Peterson WA. (1982). *Research instruments in social gerontology*. Minneapolis: University of Minnesota: Clinical and social psychology.
- Rotter, J. (1990). Internal versus external control of reinforcement: a case history of a variable. *American Psychological Assessment*, 45(4), 489-493.
- Rotter, J., Chance, J., & Phares, E. (1972). *Applications of social learning theory of personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rounsaville, B., Weissman, M., Kleber, H., et al. (1982). Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 161-166.
- Ruano, RA. (1988). Nuestra experiencia acerca de la terapia sexual en el marco hospitalario de personas que sufrieron una lesión medular traumática. En ASPAYM. *Paraplejia y sexualidad. VIII Jornadas de Información sobre lesionados medulares* (151-166). Valencia.
- Ruano, RA. (1993). *Invalidez, desamparo e indefensión en seres humanos*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.
- Ruano, RA. (1996). Salud laboral y psicología de la rehabilitación en accidentes de trabajo. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 65, 57-76.
- Rubinstein, EA. & Lorr, M. (1956). A comparison of terminators and remainers in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 12, 345-349.
- Ruscher, S., de Wit, R., & Mazmanian, D. (1997). Psychiatric patients attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services*, 48, 82-85.
- Ryan, T. (1994). Interpretations of illness and non-compliance with nursing care. *British Journal of Nursing*, 3, 163-165.
- Sackett, D., & Haynes, R. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sackler, H. (1995). Type A behavior pattern, perceived self-efficacy, and health beliefs in relation to compliance to treatment for cardiovascular disease. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(1), 0536
- Safer, D. (1987). Substance abuse by young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 511-514.
- Salaberría, K., & Echeburúa, E. (1996). Variables predictoras de abandonos y de fracasos terapéuticos en el tratamiento de la fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(84), 387-407.
- Salgado, A., Yela, J., & Gómez, M. (1998). *Influencia de la controlabilidad/predecibilidad de un estresor crónico en déficits motivacionales y emocionales*. Poster presentado en el II Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid.
- Salgado, A., Yela, J., Gómez, M., & Santamaría, B. (1997). *Effects of predictability and controllability on immunity response in a learned helplessness paradigm in rats*. Poster presentado en el Fifth European Congress of Psychology. Dublin, Irlanda.
- Salgado, A., Yela, J., Gómez, M., & Santamaría, B. (1999a). *Effects of predictability on immunity response by exposure to long-term uncontrollable tasks*. Poster presentado en el VIth European Congress of Psychology. Roma.

- Salgado, A., Yela, J., Gómez, M., & Santamaría, B. (1999b). *Predictability and immunity response: effects of length time of shock signal and signal-shock on specific humoral response in rats*. Poster presentado en el VIth Congress of Psychology. Roma, Italy.
- Salloum, I., Moss, H., & Daley, D. (1991). Substance abuse and schizophrenia: impediments to optimal care. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 17*, 321-326.
- Sanderman, R. (1986). Causal attributions, real life events and personality characteristics: a preliminary study. *Psychological Reports, 59*(2, pt. 2), 795-801.
- Sanderson, WC., Beck, AT. & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry, 147*(8), 1025-1028.
- Sands, R. (1984). Correlates of success and lack of success in deinstitutionalization. *Community Mental Health Journal, 20*, 223-235.
- Sanjuán, P. (1999). Estilo atribucional y depresión: conclusiones y aspectos relevantes. *Clinica y Salud, 10*, 39-57.
- Sanjuán, P. y Palomares, A. (1998). Análisis del estilo atribucional en estudiantes con estado de ánimo depresivo. *Estudios de Psicología, 59*, 25-33.
- Santacreu-Mas, J. & García-Leal, O. (2000). La utilización de test comportamentales informatizados en el estudio de la personalidad: la evaluación de la persistencia. *Psicothema, 12*(1), 93-98.
- Santos, P., García, M., & Barreto, P. (2001). Variables psicológicas predictoras de evolución en una Unidad de Deshabitación Residencial (UDR). *Anales de Psicología, 17*(2), 171-176.
- Saunders, D., & Parker, J. (1989). Legal sanctions and treatment follow-through among men who batter: a multivariate analysis. *Social Work Research and Abstracts, 23*, 21-29.
- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
- Scheir, M., & Carver, C. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality, 55*, 169-210.
- Scheir, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbot, R., & Carver, C. (1989). Dispositional optimism and recovery from an artery bypass surgery: the beneficial effects of psychosocial and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1024-1040.
- Schleifer, SJ., Keller, SE. & Stein, M. (1985). Stress effects on immunity. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 10*(3), 125-131.
- Schlenk, E., & Hart, L. (1984). Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care, 7*, 566-574.
- Schneider, M., Friend, R., Whitaker, P., & Wadhwa, N. (1991). Fluid non-compliance and symptomology in end-stage renal disease. *Health Psychology, 10*, 209-215.
- Schwartz, D. & Howard, K. (1988). *Follow up study of very early terminators from an outpatient clinic*. 19th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research; Santa Fe, NM.

- Schwartz, R., Cohen, B., & Grubaugh, A. (1997). Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia?. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 283-288.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors: the role of optimism, goals and threats. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 115-127.
- Scott, J. (1995). Psychotherapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167, 581-588.
- Seley, J. (1993). Is non-compliance a dirty word?. *Diabetes Education*, 19, 386-391.
- Seligman, MEP. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman. Traducción al castellano (1981): *Indefensión: en la depresión, en el desarrollo y en la muerte*. Madrid: Debate.
- Seligman, MEP. (1981). A learned helplessness point of view. En Rehm, LE (ed.). *Behavior therapy for depression: present status and future directions*. New York: Academic Press.
- Seligman, MEP., Abramson, L., Semmel, A., & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Seligman, MEP. & Beagley, G. (1975). Learned helplessness in the rat. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 88, 534 - 541.
- Seligman, MEP., Castellón, C., Cacciola, J.; Schulman, P.; Luborsky, L.; Ollove, M. & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 13-18.
- Seligman, MEP. & Maier, SF. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Seligman, MEP., Maier, SF. & Solomon, RL. (1971). Unpredictable and uncontrollable aversive events. En Brush, FR. (ed.), *Aversive conditioning and learning*. New York: Academic Press.
- Seligman, MEP. & Weiss, JM. (1980). Coping behavior: learned helplessness, physiological change and learned inactivity. *Behavior Research and Therapy*, 18, 459 - 512.
- Sellers, RM. & Peterson, C. (1993). Explanatory style and coping with controllable events by student-athletes. *Cognition and Emotion*, 7(5), 431-441.
- Sellwood, W. & Tarrier, N. (1994). Demographic factors associated with extreme noncompliance in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 29, 172-177.
- Seltzer, A., Roncari, I., & Garfinkel, P. (1980). Effect of patient education on medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 638-645.
- Sharp, C., Hurford, D., Allison, J., Sparks, R., & Cameron, B. (1997). Facilitation of internal locus of control in adolescent alcoholics through a brief biofeedback assisted autogenic relaxation training procedure. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 55-60.
- Sheehan, PW. & Cross, DG. (1981). Alternative advice and support provided during and following short-term insight-oriented therapy and behavior therapy. *Academic Psychology Bulletin*, 3(3), 371-385.

- Sheeran, P. & Abraham, C. (1996). The health belief model. En Conner, M. & Norman, P. (eds.), *Predicting health behaviour*. (pp. 23-61). Buckingham Open University Press.
- Sheppard, D., Smith, G., & Rosenbaum, G. (1988). Use of MMPI subtypes in predicting completion of a residential alcoholism treatment program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 590-596.
- Sher, K., Wood, M., Crews, T., & Vandiver, P. (1995). The Tridimensional Personality Questionnaire: reliability and validity studies and derivation of a short form. *Psychological Assessment*, 7, 195-208.
- Sherbourne, C., Hays, R., Ordway, L., DiMatteo, M., & Kravitz, R. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioural Medicine*, 15, 447-468.
- Sherman, AD. & Petty, F. (1980). Neurochemical basis of the action of antidepressants on learned helplessness. *Behavioral and Neural Biology*, 30(2), 119-134.
- Short, K. & Maier, S. (1993). Stressor controllability, social interaction, and benzodiazepine systems. *Pharmacology and Biochemistry of Behavior*, 45, 1-9.
- Siegler, I., & Costa, P. (1994). Personality and breast cancer screening behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 347-351.
- Silverman, W. & Beech, R. (1979). Are dropouts, dropouts?. *Journal of Community Psychology*, 7, 236-242.
- Simons, A., Lustman, P., Wetzel, R., & Murphy, G. (1985). Predicting response to cognitive therapy of depression, the role of learned resourcefulness. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 79-90.
- Skar, L., & Anisman, H. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*, 205, 513-515.
- Sledge, WH., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect on time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1341-1347.
- Smith, C., Barzman, D., & Pristach, C. (1997). Effect of patient and family insight on compliance of patients who have schizophrenia. *Journal of Clinical Pharmacology*, 37, 147-154.
- Smith, LD. (1989). Medication refusal and the rehospitalized mentally ill inmate. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 491-496.
- Smith, T. (1992). Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Smith, T., Oliver, MNI., Boyce, GC. & Innocenti, MS. (2000). Effects of mothers' locus of control for child improvement in a developmentally delayed sample. *Journal of Genetic Psychology*, 161(3), 307-313.
- Smith, T., & Williams, P. (1992). Personality and health: advantages and disadvantages of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 395-423.
- Smith, TE., Hull, JW., Hedayat-Harris, A., Ryder, G., & Berger, LJ. (1999). Development of a vertically integrated program of services for persons with esquizofrenia. *Psychiatric Services*, 50, 931-935.

- Smith-Papke, L., & Williams, P. (1992). Personality and health: advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 395-423.
- Snyder, C. & Forsyth, D. (1991). *Handbook of social and clinical psychology: the health perspective*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Snyder, C., Stephan, W., & Rosenfield, D. (1978). Attributional egotism. En Harvey, J., Ickes, W. & Kidd, R. (eds.). *New directions in attribution research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Sobral, J. & Bernal, M. (1984). Desamparo aprendido. Un modelo en crisis de disgregación. *Boletín de Psicología*, 4, 77-97.
- Solomon, K. & Annis, H. (1990). Outcome and efficacy expectancy in prediction of post-treatment drinking behavior. *British Journal of Addiction*, 85, 659-665.
- Soni, SD. & Brownlee, M. (1991). Alcohol abuse in chronic schizophrenics: Implications for management in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 272-276.
- Sonoda, A. (1990). Effects of uncontrollable shock on subsequent appetitive discrimination learning in rats. *Japanese Journal of Psychomic Society*, 8(2), 95-100.
- Sonoda, A., & Hirai, H. (1993). The differential effect of control vs. loss of control over food acquisition on disk-pull responses elicited by inescapable shocks. *Learning and Motivation*, 24, 40-54.
- Sparr, L., Moffitt, MC., & Ward, MF. (1993). Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *American Journal of Psychiatry*, 150, 801-805.
- Specia, A., Talamonti, F., Venturi, P., Biondi, M., & Pancheri, P. (2000). Il Tridimensional Personality Questionnaire come test predittivo di dropout e di risposta al trattamento farmacologico con IMAO in pazienti con Disturbo da Attacchi di Panico e Distimia: studio preliminare. *Rivista di Psichiatria*, 35(1), 23-29.
- Spence-Jones, G. (1999). Predictors of treatment adherence outcome for hemodialysis patients. (coping style, personality variable). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(6), 3003.
- Spielberger, C., & Jacobs, G. (1982). Personality and smoking behavior. *Journal of Personality Assessment*, 46, 396-403.
- Spierings, E. & Miree, L. (1993). Non-compliance with follow-up and improvement after treatment at a headache center. *Headache*, 33, 205-209.
- Stanton, A. (1987). Determinants of adherence to medical regimes by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 377-394.
- Stark, M. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Stark, M., & Campbell, B. (1988). Personality, drug use, and early attrition from substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14(4), 475-485.
- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L., & Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 209-214.

- Steer, R. (1983a). Retention of driving under the influence offenders in alcoholism treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 12(1), 93-96.
- Steer, R. (1983b). Retention in drug free counseling. *International Journal of the Addictions*, 18(8), 1109-1114.
- Stein, D. & Lambert, M. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.
- Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 351-364.
- Stephenson, B., Rowe, B., Haynes, R., Macharia, W., & Leon, G. (1993). Is this patient taking the treatment as prescribed?. *JAMA*, 269, 2779-2781.
- Step toe, A. & Appels, A. (1989). *Stress. Personal control and health*. Wiley: Chichester.
- Sterling, R., Gottheil, E., Glassman, S., Weinstein, S., & et al. (1997). Patient treatment choice and compliance: data from a substance abuse treatment program. *American Journal on Addictions*, 6(2), 168-176.
- Stern, S. (1972). Premature termination of psychotherapy. A clarification of some ambiguities. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 32(7), 4229
- Stern, S., Moore, S., & Gross, S. (1975). Confounding of personality and social class characteristics in research on premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(43), -341
- Stern, S., Moore, S., & Gross, S. (1977). A reply to Garfield. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 486-488.
- Stevens, A., Hammer, K., & Buckremer, G. (2001). A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 211.
- Stewart, R. & Cluff, L. (1972). A review of medication errors and compliance in ambulant patients. *Clinical Pharmacology Therapy*, 13, 463-468.
- Stiensmeier-Pelster, J. (1989). Attributional style and depression mood reactions. *Journal of Personality*, 57(3), 581-599.
- Stoudemire, A. & Thompson, T. (1983). Medication noncompliance: systematic approaches to evaluation and intervention. *General Hospital Psychiatry*, 5, 233-239.
- Strack, S., Carver, CS. & Blaney, PH. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: The role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 579-584.
- Straka, R., Fish, J., Benson, S., & Suh, J. (1997). Patient sel-reporting of compliance does not correspond with electronic monitoring: an evaluation using isosorbide dinitrate as a model drug. *Pharmacotherapy*, 17, 126-132.
- Straker, M., Davanloo, H., & Moll, A. (1976). Psychiatric clinic dropouts. *Laval Medical*, 38, 71-77.
- Strakowski, S., Keck, PE., McElroy, S., et al. (1998). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 49-55.

- Strakowski, S., Stoll, A., Tohen, M., Faedda, G., & Goodwin, D. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatric Research, 48*, 1-8.
- Strickland, B. (1978). Internal-external expectancies and health related behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1192-1211.
- Stromberg, M., Bersh, P., Whitehouse, W., Neuman, P., & Mongeluzzi, D. (1997). The effects of water deprivation on shock-escape impairment after exposure to inescapable shock. *Psychological Record, 47*(2), 335-350.
- Stuckey, J., Marra, S., Minor, T., & Insel, T. (1989). Changes in mu opiate receptors following inescapable shock. *Brain Research, 476*(1), 167-169.
- Suls, J., & Rittenhouse, J. (1990). Models of linkages between personality and disease. En Friedman, H. (ed.). *Personality and disease*. New York: Wiley.
- Sumartojo, E. (1993). When tuberculosis treatment fails. A social behavioral account of patient adherence. *American Review of Respiratory Disease, 147*, 1311-1320.
- Suppes, T., Baldessarini, R., Faedda, G., et al. (1991). Risk of occurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1082-1088.
- Swanson, F. (2001). Physical disability and learned helplessness and depression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62*(3), 1359
- Swartz, MS., Burns, BJ., Hiday, VA., George, LK., Swanson, JW., & Wagner, HR. (1995). New directions in research on involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services, 46*, 381-385.
- Swartz, MS., Swanson, JW., Hiday, VA., Borum, R., Wagner, HR., & Burns, BJ. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry, 155*, 226-231.
- Sweeney, J., Von Bulow, B., Shear, M., Friedman, R., & Plowe, C. (1984). Compliance and outcome of patients accompanied by relatives to evaluations. *Hospital and Community Psychiatry, 35*, 1037-1038.
- Sweeney, P., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 974-991.
- Swendsen, J. (1997). Anxiety, depression and their comorbidity: an experience sampling test of the helplessness/hopelessness theory. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 97-114.
- Swenson, TR. & Pekarik, G. (1988). Interventions for reducing missed initial appointments at a community mental health center. *Community Mental Health Journal, 24*, 205-210.
- Swett, C. & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 947-951.
- Tanay, E. (1987). Homicidal behaviour in schizophrenics. *Journal of Forensic Science, 32*, 1382-1384.
- Tapler, D. (1996). The relationship between health value, self-efficacy, health locus of control, health benefits, health barriers, and health behavior practices in mothers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 57*(5), 3132

- Tappan, D., & Weybrew, B. (1982). Relationship of personality factors and some social habits to cardiovascular risk in submariners. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 53, 383-389.
- Taulbee Earley, S. (1958). Relationship between certain personality variables and continuation in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 22, 83-89.
- Teasdale, JD. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5(1), 3-25.
- Tebbi, C. (1993). Treatment adherence: a risk factor in childhood and adolescence. *Cancer*, 71, 441-449.
- Tennen, H. (1982). A re-view of cognitive mediators in learned helplessness. *Journal of Personality*, 50(4), 526-541.
- Tennen, H. et al. (1984). Causal attributions and coping with insulin-dependent diabetes. *Basic and Applied Social Psychology*, 5(2), 131-142.
- Tennen, H., Affleck, G., Allen, D., McGrade, B., & Ratzan, S. *Causal attributions and coping in juvenile diabetes*. Sin publicar.
- Tennen, H., Allen, D., Affleck, G., McGrade, B., & Ratzan, S. *Self-blame among parents of chronically ill children*. Sin publicar.
- Tennen, H., Drum, P., Guillen, R., & Stanton, A. (1982). Learned helplessness and the detection of contingency: a direct test. *Journal of Personality*, 50(4), 426-442.
- Tennen, H., Guillen, R., & Drum, P. (1982). The debilitating effect of exposure to noncontingent escape: a test of the learned helplessness model. *Journal of Personality*, 50(4), 409-425.
- Thornton, C., Patkar, A., Murray, H., Mannelli, P., Gottheil, E., Vergare, M., & Weinstein, S. (2003). High and low structure treatments for substance dependence: role of learned helplessness. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(3), 567-584.
- Thornton, JW. & Pell, GH. (1974). Immunization and alleviation of learned helplessness in man. *American Journal of Psychology*, 87, 351-367.
- Tigermann, M., Winefield, A., & Brebner, J. (1982). The role of extraversion in the development of learned helplessness. *Personality and Individual Differences*, 3, 7-34.
- Timothy, A. (1981). Pretherapy expectations, situational factors, perception of the initial interview and premature termination of outpatient psychotherapy. A multivariate study. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 42, 1626.
- Tipton, R., Harrison, B., & Mahoney, J. (1980). Faith and locus of control. *Psychological Reports*, 46, 1151-1154.
- Trepka, C. (1986). Attrition from an outpatient psychology clinic. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 181-186.
- Trice, A. (1990). Adolescents' locus of control and compliance with contingency contracting and counseling interventions. *Psychological Reports*, 67, 233-234.
- Trice, H., Roman, P., & Belasco, J. (1969). Selection for treatment: a predictive evaluation of an alcoholism treatment regimen. *International Journal of the Addictions*, 4, 303-317.

- Trick, L. (1993). Patient compliance - don't count on it!. *Journal of American Optometrical Association*, 64, 264-270.
- Tripton, R., Harrison, B., & Mahoney, J. (1980). Faith and locus of control. *Psychological Reports*, 46, 1151-1154.
- Tsiboukli, A. (1998). Understanding alcohol use among adolescent students at the innes city London area. *Itaca III*, 3, 65-84.
- Tsushima, W., Stoddard, V., Tsushima, V., & Daly, J. (1991). Characteristics of treatment drop-outs among two samples of chronic headache patients. *Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 199-205.
- Turner, A. & Vernon, J. (1976). Prompts to increase attendance in a community mental health center. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9, 141-145.
- Tweed, A. & Salter, D. (2000). A conflict of responsibilities: a grounded theory study of clinical psychologists' experiences of client non-adherence within the British National Health Service. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 465-481.
- Udell, B. & Hornstra, R. (1975). Good patients and bad. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1533-1537.
- Vail, A. (1974). Dropout from psychotherapy as related to patient-therapist discrepancies, therapist characteristic, and interaction in race and sex. *Dissertation Abstracts International*, 35, 2452.
- Valas, H. (2001). Learned helplessness and psychological adjustment: effects of age, gender, and academic achievement. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 45(1), 71-90.
- Valdés, M., Flores, T., & (1990). *Psicología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Valine, W., & Phillips, C. (1984). An examination of perceived helplessness in psychiatric patients. *American Mental Health Counselors Association Journal*, 6(3), 134-143.
- Van Denburg, T. & Van Denburg, E. (1992). Premature termination in the midst of psychotherapy: three psychoanalytic perspectives. *Psychotherapy*, 29, 183-190.
- Van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behavior Research and Therapy*, 40, 439-457.
- Van Putten, T. (1974). Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs?. *Archives of General Psychiatry*, 31, 67-72.
- Van Putten, T. (1975). Why do patients with manic-depressive illness stop their lithium?. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 179-183.
- Van Putten, T., Crumpton, E., & Yale, C. (1976). Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1443-1446.
- Van Putten, T., May, MA., & Marder, S. (1984). Response to antipsychotic medication: the doctor's and consumer's view. *American Journal of Psychiatry*, 141, (1), 16-19.
- Vázquez-Valverde, C. & Polaino Lorente, A. (1982). La indefensión aprendida en el hombre: revisión crítica y búsqueda de algún algoritmo explicativo. *Estudios de Psicología*, 11, 69-89.

- Vera-Villarroyel, P. & Alarcón, S. (2000). Condicionamiento excitatorio e inhibitorio de dos respuestas fisiológicas en un grupo de ratas. *Psichothema*, 12, 466-470.
- Verdoux, H., Lengronne, J., Liraud, F., Gonzales, B., Assens, F., Abalan, F., & Van Os, J. (2000). Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 203-210.
- Verdoux, H., Liraud, F., Gonzales, B., et al. (1999). Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 389-395.
- Vickers, R., & Herving, L. (1984). *Health behaviors: empirical consistency and theoretical significance of subdomains*. San Diego: Naval Health Research Center.
- Vinci, LG. (2002). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 in assessing personality traits associated with dietary non-adherence to dialysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(5), 2639.
- Visitanter, M., Volpicelli, J., & Seligman, M. (1982). Tumor rejection in rats after inescapable or escapable shock. *Science*, 216, 437-439.
- Volpicelli, JR., Ulm, RR., & Altener, A. (1984). Feedback during exposure to inescapable shocks and subsequent shock-escape performance. *Learning and Motivation*, 15, 279-286.
- Volpicelli, JR., Ulm, RR., Altener, A. & Seligman, MEP. (1983). Learned mastery in the rat. *Learning and Motivation*, 14, 204 - 222.
- Vroom, V. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.
- Wahlbeck, K., Tuunainen, A., Ahokas, A. & Leucht, S. (2001). Dropout rates in randomised antipsychotic drug trials. *Psychopharmacology*, 155,(3), 230-233.
- Waikar, S. & Craske, M. (1997). Cognitive correlates of anxious and depressive symptomatology: an examination of the helplessness/hopelessness model. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 1-16.
- Wallston, B. (1989). Assessment of control in health-care settings. En Steptoe, A. & Appels, A. (eds.). *Stress, personal control and health*. Brussels-Luxembourg: Wiley.
- Wallston, B., Wallston, K., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
- Wallston, B., Wallston, K., Kaplan, G., & Maides, S. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, K. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.
- Wallston, K., & Wallston, B. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Walti, J., Kolb, H., & Willi, J. (1980). Welche patienten brechen eine psychiatrische Behandlung ab?. *Der Nervenarzt*, 51, 712-717.
- Waltz, C. (1995). Group work with male batterers: fostering continuance in treatment and reducing recurrence of violence. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 56(5), 1988

- Warner, R., Taylor, D., Wright, J., Sloat, A., Springett, G., Arnold, S., & Weinberg, H. (1994). Substance use among the mentally ill: prevalence, reasons for use, and effects on illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 30-39.
- Warren, D., Rosellini, R., Plonsky, M., & DeCola, J. (1985). Learned helplessness and immunization: sensitivity to response-reinforcer independence in immunized rats. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 11(4), 576-590.
- Watson, D. (1967). Relationship between locus of control and anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 91-92.
- Watson, D. & Bauml, E. (1967). Effects of locus of control and expectation of future control upon performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 212-215.
- Watson, D. & Pennbaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Weary, G., & Arkin, R. (1981). Attributional self-representation. En Harvey, J., Ickes, W. & Kidd, R. (eds.). *New directions in attribution research*. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Weber, J., Bachrach, H. et al. (1988). Factor associated with the outcome of psychoanalysis (III). *International Review of Psychoanalysis*, 2, 251-262.
- Weber, J., Moss Leonard, M., Bradlow, P., & Elison, J. (1974). Prediction of outcome in psychoanalysis and analytic psychotherapy. *Psychiatric Quarterly*, 48, 117-149.
- Weddington, WJ. & Cavenar, JJ. (1979). Termination initiated by the therapist. A countertransference storm. *American Journal of Psychiatry*, 136, -1302.
- Weiden, P., Dixon, L., Frances, A., et al. (1991). Neuroleptic noncompliance in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1, 285-296.
- Weiden, P., Mann, J., Dixon, L., et al. (1989). Is neuroleptic dysphoria a healthy response?. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 546-552.
- Weiden, P. & Olfson, M. (1995). Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 419-429.
- Weiden, P., Rapkin, B., Mott, T., Zygmunt, A., Goldman, D., & Horvitz, M. (1994). Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 297-310.
- Weighill, V., Hodge, J., & Peck, D. (1983). Keeping appointments with clinical psychologists. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 143-144.
- Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. New Jersey: General Learning Press.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71, 3-25.
- Weiner, B. (1980). *Human motivation*. New York: Holt.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Weiner, B. (1992). *Human motivation: metaphors, theories and research*. Newbury Park: Sage Publications.

- Weinraub, M. & Schulman, A. (1980). Coping behavior: learned helplessness, physiological change and learned inactivity. *Behavior Research and Therapy*, 18, 459-512.
- Weiss, J. (1971). Effects of punishing the coping response on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 77, 14-21.
- Weiss, J. & Glazer, HI. (1975). Effects of acute exposure to stressors on subsequent avoidance-escape behavior. *Psychosomatic Medicine*, 37, 499-521.
- Weiss, J., Glazer, HI. & Pohorecky, LA. (1976). Coping behavior and neurochemical changes: an alternative explanation for the original "learned helplessness" experiments. En G. Serban y A. Kling (eds.), *Animal models in human psychology* (pp. 141-173). New York: Plenum Press.
- Weiss, J., Glazer, HI., Pohorecky, LA., Brick, J. & Miller, N. (1976). Effects of chronic exposure to stressors on avoidance escape behavior and on brain norepinephrine. *Psychosomatic Medicine*, 37, 522-534.
- Weiss, J., Goodman, P., Losito, B., Corrigan, S., Charry, J., & Bailey, W. (1981). Behavioral depression produced by an uncontrollable stressor: relationship to norepinephrine, dopamine, and serotonin levels in various regions of the rat brain. *Brain Research Review*, 3, 167-205.
- Weiss, J. & Simson, PG. (1985). Neurochemical mechanisms underlying stress-induced depression. En Field, T., McCabe, P. & Schneiderman, N. (eds.). *Stress and coping*. Hillsdale: Erlbaum.
- Weiss, J. & Simson, P. (1986). Depression in an animal model: focus on the locus coeruleus. En Weiss, J. & Simson, P. (eds.) (1990). *Antidepressant and receptor function*. New York: Wiley.
- Weiss, J., Stone, EA. & Harrel, N. (1970). Coping behavior and brain norepinephrine levels in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 72, 153 - 160.
- Weissman, M., Prusoff, B., & Klerman, G. (1978). Personality and the prediction of long-term outcome of depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 797-800.
- Wells, K., Manning, W., Duan, N., et al. (1986). Use of patient mental health services by a general population with health insurance coverage. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 1119-1125.
- Werner, L. & Broida, J. (1991). Adult self-esteem and locus of control as a function of familiar alcoholism and dysfunction. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 249-252.
- White, A., Fichtenbaum, L., & Dollard, J. (1964). Measure for predicting dropping out of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 326-332.
- Whitehouse, W., Wayne, G., Walker, J., Margules, D., & Bersh, P. (1983). Opiate antagonists overcome the learned helplessness effect but impair competent escape performance. *Physiology and Behavior*, 30(5), 731-734.
- Whitmarsh, A. (1999). The relationship between compulsive personality characteristics and retention rates in outpatient alcoholics. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 59(8), 4525
- WHO (1992). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization. Traducción al castellano (1998). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.

- WHO (1994). *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva: World Health Organization. Traducción al castellano (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Whyte, R. (1975). Psychiatric new-patient clinic non-attenders. *British Journal of Psychiatry*, *127*, 160-162.
- Wiebe, D., & McCallum, D. (1986). Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychology*, *5*, 425-438.
- Wiebe, J., & Christensen, A. (1996). Patient adherence in chronic illness: personality and coping in context. *Journal of Personality*, *64*(4), 815-835.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Research and Practice*, *24*, 190-195.
- Wiidy, G., McLellan, A., Luborsky, L., & O'Brien, C. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, *42*, 1081-1086.
- Wilder, J., Plutchnik, R., & Conte, H. (1977). Compliance with psychiatric emergency room referrals. *Archives of General Psychiatry*, *34*, 930-933.
- Wildner, M. (1995). Lost to follow-up. *Journal of Bone and Joint Surgery British Volume*, *77*, 657.
- Wilkinson, A., Prado, W., & Williams, W. (1971). Psychological test characteristics and length of stay in alcoholism treatment. *Quarterly Journal of Studies in Alcoholism*, *32*, 60-65.
- Will, M., Watkins, L., & Maier, S. (1998). Uncontrollable stress potentiates morphine's rewarding properties. *Pharmacology and Biochemistry of Behavior*, *60*, 655-664.
- Willcox, D., Gillan, R., & Hare, E. (1965). Do psychiatric outpatients take their drugs?. *British Medical Journal*, *2*, 790-792.
- Williams, H., Lipman, R., Uhlenhuth, E., Rickels, K., Covi, L., & Mock, J. (1967). Some factors influencing the treatment expectations of anxious neurotic outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *145*, 208-220.
- Williams, J. (1987). Influence of nonspecific stress odors and shock controllability on defensive burying. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, *15*, 333-341.
- Williams, J. & Maier, S. (1977). Transituational immunization and therapy of learned helplessness in the rat. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, *3*, 240-253.
- Wilson, E., & Whelan, M. (1983). Anxiety as a factor in continuance and dropout in treatment. *International Journal of the Addictions*, *18*(4), 577-582.
- Winefield, A., Barrett, A. & Tiggemann, M. (1995). Learned helplessness deficits: uncontrollable outcomes of perceived failure?. *Motivation and Emotion*, *9*, 185-195.
- Winefield, A. & Fay, PM. (1982). Effects of an institutional environment on responses to uncontrollable outcomes. *Motivation and Emotion*, *6*(2), 210-217.

- Winefield, A., & Rourke, J. (1991). Personality differences in responding to noncontingent reinforcement. *Personality and Individual Differences*, 12(3), 281-289.
- Wingerson, D., Sullivan, M., Dager, S., Flick, S., Dunner, D., & Roy-Byrne, P. (1993). Personality traits and early discontinuation from a clinical trials in anxious patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 194-197.
- Wise, M. & Rinn, R. (1983). Premature client termination from psychotherapy as a function of continuity of care. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 5, 63-65.
- Wittenberg, S., Blanchard, E., Suls, J., Tennen, H., McCoy, G., & McGoldrick, M. (1983). Perceptions of control and cuasality as predictors of compliance and coping in hemodialysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 4, 319-336.
- Wolcott, D., Maida, C., Diamond, R., & Nissenson, A. (1986). Treatment compliance in end-stage renal disease patients on dyalisis. *American Journal of Nephrology*, 6, 329-338.
- Wong, PT. & Weiner, B. (1981). When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 650-663.
- Wong, PT. & Weiner, B. (1981). When people ask "why" questions, and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 650-663.
- Woody, GE., McLellan, AT., Luborsky, L. & O'Brien, CP. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42(11), 1081-1086.
- Wright, E. (1993). Non compliance - or how many aunts has Matilda?. *Lancet*, 342, 909-913.
- Wu, J., Kramer, G., Kram, M., Steciuk, M., Crawford, I., & Petty, F. (1999). Serotonin and learned helplessness: a regional study of 5-HT-sub (1A), 5-HT-sub (2A) receptors and the serotonin transport site in rat brain. *Journal of Psychiatric Reseach*, 33(1), 17-22.
- Yamamoto, J., Acosta, F., Evans, L., et al. (1984). Orienting therapists about patients´ needs to increase patient satisfaction. *American Journal of Psychiatry*, 141, 274-277.
- Yano, Y., & Leite-Hunziker, M. (2000). Desamparo aprendido e imunizacao com diferentes responstas de fuga. *Acta Comportamentalia*, 8(2), 143-166.
- Yela, JR. (1992). Indefensión aprendida en sujetos humanos y su inmunización. Influencia del estilo atribucional y de los programas de reforzamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (3), 301-321.
- Yela, JR. (1994). *Indefensión aprendida en humanos: efectos de la exposición a estímulos aversivos incontrolables e inversión de los déficits en función de las variables porcentajes de reforzamiento, secuencia de fracasos e instrucciones atribucionales*. Tesis Doctoral. Salamanca: Kadmos.
- Yela, JR. (1995). Efectos de la exposición a estímulos aversivos incontrolables en humanos (Evaluación sistemática del modelo de indefensión aprendida de Seligman). *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(80), 757-794.
- Yela, JR. (1996). Inversión de los déficit motivacionales y emocionales generados en situaciones de indefensión. *Psicológica*, 17(1), 55-69.
- Yela, JR. (1997). Inversión de los déficits de rendimiento generados mediante exposición a estímulos incontrolables en humanos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 473-484.

- Yela, JR. (2004). *Indefensión aprendida en humanos: efectos de la exposición a estímulos aversivos incontrolables e inversión de los déficits en función de las variables de porcentaje de reforzamiento, secuencia de fracasos e intrucciones atribucionales*. Salamanca: Kadmos.
- Yela, JR. & Gómez, M. (1996). Influencia de las expectativas generalizadas de indefensión en situaciones de estrés. *Clinica y Salud*, 7, 33-49.
- Yela, JR. & Gómez, M. (2000). Efecto de las expectativas generales de éxito en situaciones de estrés incontrolable. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(2), 335-346.
- Yela, JR., Gómez, M., & Salgado, A. (2001a). Indefensión aprendida: efectos de la predecibilidad de un estresor crónico. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 2, 59-66.
- Yela, JR., Gómez, M., & Salgado, A. (2001b). Efectos de la predecibilidad en indefensión aprendida crónica. *Psicothema*, 13(4), 592-597.
- Yela, JR. & Marcos, JL. (1988). Indefensión aprendida: influencia de la sensibilidad al estímulo aversivo utilizado en la prueba de escape en el diseño de pares acoplados. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14(41), 461-487.
- Yela, JR. & Marcos, JL. (1992). Indefensión aprendida en sujetos humanos y su inmunización. Influencia del estilo atribucional y de los programas de reforzamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(3), 301-321.
- Yela, JR., Salgado, A., Gómez, M., & Santamaría, B. (1996). Efecto de la predictibilidad-controlabilidad del estímulo aversivo en déficits motivacionales y asociativos en ratas. *Psicológica*, 17, 55-69.
- Yela, JR., Salgado, A., Gómez, M., & Santamaría, B. (1998). *Indefensión aprendida crónica: efectos sobre variables de rendimiento, peso y respuesta inmunológica en ratas*. I Premio Nacional de Investigación Lafourcade-Ponce. Madrid.
- Yela, JR., Salgado, A., Gómez, M., Santamaría, B., & Ayuso, A. (1996). Efecto de la predecibilidad-controlabilidad del estímulo aversivo en déficits motivacionales y asociativos en ratas. *Psicológica*, 17(1), 55-69.
- Young, J., Zonana, H., & Shepler, L. (1986). Medication noncompliance in schizophrenia: codification and update. *Bulletin of American Academy of Psychiatry Law*, 14, 105-122.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Pfohl, B., et al. (1984). ECT response in depressed patients with a mayor depression. *Journal of Affective Disorders*, 7, 309-318.
- Zisook, S. (1985). Outpatient requests, initial session, and attrition. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 9, 339-350.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Zuckerman, M., Sola, S., Masterson, J., & Angelone, J. (1975). MMPI patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 286-296.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Ejemplos de la variabilidad en el porcentaje de abandono de la terapia en diferentes estudios (Modificado de Castillo, Pérez-Testor y Aubareda, 1996).....	15
Tabla 2.	Aspectos positivos y negativos del Modelo de la comunicación.....	35
Tabla 3.	Aspectos positivos y negativos del Modelo de los sistemas de autorregulación.....	35
Tabla 4.	Aspectos positivos y negativos del Health belief modelo o Modelo de la creencia racional.	36
Tabla 5.	Índices de abandono en cada uno de los Centro de Salud Mental estudiados.....	96
Tabla 6.	Índices de abandono en cada uno de los distritos de la Comunidad de Madrid estudiados	96
Tabla 7.	Índice de abandono global de la muestra estudiada.....	97
Tabla 8.	Tablas de contingencia de las variables sociodemográficas (Estadístico exacto de Fischer y odd ratios).....	102
Tabla 9.	Tablas de contingencia de las variables clínicas y asistenciales (Estadístico exacto de Fischer y odd ratios).....	112
Tabla 10.	Tablas de contingencia de las variables terapéuticas y relativas al profesional (Estadístico exacto de Fischer y odd ratios).....	125
Tabla 11.	Tablas de contingencia estratificada con el cruce de género del profesional y género del paciente.....	128

Tabla 12.	Variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas y relativas al profesional incluidas en la ecuación de regresión logística (para género = mujer).....	131
Tabla 13.	Variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, terapéuticas y relativas al profesional incluidas en la ecuación de regresión logística (para género = hombre).....	132
Tabla 14.	Capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido a partir de variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales y relativas a la terapia y al terapeuta.....	133
Tabla 15.	Perfil de la persona cuya probabilidad de abandono es mayor.....	137
Tabla 16.	Capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido a partir de variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales y relativas a la terapia y al terapeuta.....	162
Tabla 17.	Ejemplos de atribuciones atendiendo a sus tres dimensiones. (Extraído de Buceta, 1981).....	180
Tabla 18.	Síntomas de la indefensión aprendida y la depresión. Extraído de Seligman (1975).....	217
Tabla 19.	Escalas que componen el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway y McKinley, 1943; 1975).....	262
Tabla 20.	Escalas que componen el Millon Clinical Multiaxial Inventory - I (Millon, 1977).....	270
Tabla 21.	Escalas que componen el Millon Clinical Multiaxial Inventory - II (Millon, 1987).....	275
Tabla 22.	Factores que componen el Cuestionario de los 16 Factores de Personalidad 16 - PF (Cattell, 1975).....	279
Tabla 23.	Factores de personalidad y facetas que los componen (Costa y McCrae, 1992).....	308

Tabla 24.	Características de las puntuaciones del Cuestionario de los Cinco Factores NEO - PI (Costa y McCrae, 1992).....	316
Tabla 25.	Correlaciones Test-Retest (N=100). (Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman, 1982).....	320
Tabla 26.	Estadísticos descriptivos de la variable indefensión aprendida y sus componentes del grupo control.....	323
Tabla 27.	Estadísticos descriptivos de la variable indefensión aprendida y sus componentes del grupo experimental.....	324
Tabla 28.	Diferencia de medias en indefensión aprendida y sus componentes.....	327
Tabla 29.	Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad del grupo control.....	334
Tabla 30.	Estadísticos descriptivos de las variables de personalidad del grupo experimental.....	335
Tabla 31.	Diferencia de medias en los factores de personalidad.....	337
Tabla 32.	Variables de personalidad e indefensión incluidas en la ecuación de regresión logística (paso 2).....	342
Tabla 33.	Capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido a partir de variables de indefensión aprendida y factores de personalidad.....	345
Tabla 34.	Variables de personalidad e indefensión incluidas en la ecuación de regresión logística (paso 1).....	347
Tabla 35.	Capacidad predictiva del modelo de regresión obtenido a partir de variables de indefensión aprendida y factores de personalidad.....	372

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo de autorregulación del comportamiento en enfermedad (Leventhal y Cameron, 1987).....	28
Figura 2.	Health Belief Model (Modificado de Bebbington, 1995).....	33
Figura 3.	Área sanitaria nº 7 de la Comunidad de Madrid, a la cual pertenecen los distritos estudiados en la investigación (Distrito Centro y distrito Latina).....	85
Figura 4.	Gráficas de las principales variables sociodemográficas del grupo experimental.....	87
Figura 5.	Gráficas de las principales variables sociodemográficas del grupo control.....	90
Figura 6.	Gráficas de las variables sociodemográficas del grupo control.....	98
Figura 7.	Gráficas de las variables sociodemográficas del grupo experimental.....	100
Figura 8.	Gráficas de las variables clínicas del grupo control.....	108
Figura 9.	Gráficas de las variables clínicas del grupo experimental.....	110
Figura 10.	Gráficas de las variables terapéuticas y relativas al profesional del grupo control.....	118
Figura 11.	Gráficas de las variables terapéuticas y relativas al profesional del grupo experimental.....	121
Figura 12.	Esquema del modelo reformulado de la indefensión aprendida. (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).....	175

Figura 13.	Propuesta de intervenciones terapéuticas en términos de la reformulación de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).....	231
Figura 14.	Representación gráfica del concepto de predecibilidad.....	236
Figura 15.	Principales variables sociodemográficas del grupo experimental de la muestra de la segunda parte del estudio.....	311
Figura 16.	Principales variables sociodemográficas del grupo control de la muestra de la segunda parte del estudio.....	313
Figura 17.	Perfiles de las puntuaciones medias de los grupos control y experimental, para las variables internalidad, estabilidad y globalidad para los sucesos negativos y positivos.....	325
Figura 18.	Perfiles de las puntuaciones medias de los grupos control y experimental, para las variables compuesto negativo y compuesto positivo.....	325
Figura 19.	Perfiles de las puntuaciones medias, puntuaciones mínimas y máximas de los grupos control y experimental para la variable indefensión.....	326
Figura 20.	Perfiles de personalidad del grupo control y grupo experimental.....	336
Figura 21.	Gráfico de dispersión de las puntuaciones de los sujetos del grupo control en la variable indefensión aprendida.....	351
Figura 22.	Gráfico de dispersión de las puntuaciones de los sujetos del grupo experimental en la variable indefensión aprendida.....	352
Figura 23.	Modelo propuesto del abandono terapéutico de los pacientes con trastornos mentales bajo tratamiento ambulatorio.....	375

ENCUESTA PROFESIONALES

Profesión _____ Psicólogo/a

Psiquiatra

Edad años

Fecha de incorporación al actual destino de trabajo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mes	Año

Años de experiencia en la especialidad actual en los servicios de Salud Mental públicos (tanto en Madrid como en otra comunidad, excluyendo el periodo PIR

o MIR) _____ años

CUESTIONARIO DE ESTILO ATRIBUCIONAL
Seligman, Semmel, Abransom, Von Baeger

“Imagine con viveza las situaciones que le voy a describir a continuación, y decida cuál sería el motivo principal de cada una de las situaciones.”

TE ENCUENTRAS CON UN AMIGO/A QUE TE FELICITA POR TU ASPECTO

1. ¿Por qué crees que te felicita?
2. El motivo o la causa de la felicitación de tu amigo ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o con las circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns.	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí
---	---------------	------------------------
3. En el futuro, cuando estés con tu amigo ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca	1 2 3 4 5 6 7	Estará presente siempre
--------------------------	---------------	-------------------------
4. Este motivo es algo que afecta sólo a las relaciones con tus amigos o influye en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular	1 2 3 4 5 6 7	Influye en todas las situaciones de mi vida
---	---------------	---

HAS ESTADO BUSCANDO TRABAJO SIN ÉXITO DURANTE UNA TEMPORADA

5. ¿Por qué crees que no has encontrado trabajo?
6. El motivo de tu fracaso al buscar trabajo ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns.	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí
---	---------------	------------------------
7. En el futuro, cuando busques trabajo ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca	1 2 3 4 5 6 7	Estará presente siempre
--------------------------	---------------	-------------------------
8. Este motivo es algo que afecta sólo a buscar trabajo o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular	1 2 3 4 5 6 7	Influye en todas las situaciones de mi vida
---	---------------	---

TE HACES MUY RICO

9. ¿Por qué crees que te haces rico?
10. El motivo de hacerte rico ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns.	1 2 3 4 5 6 7	Totalmente debido a mí
---	---------------	------------------------
11. En el futuro económico ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca	1 2 3 4 5 6 7	Estará presente siempre
--------------------------	---------------	-------------------------
12. Este motivo es algo que afecta sólo a la obtención de dinero o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular	1 2 3 4 5 6 7	Influye en todas las situaciones de mi vida
---	---------------	---

UN AMIGO/A SE ACERCA A TI CON UN PROBLEMA Y TÚ NO INTENTAS AYUDARLO/A

13. ¿Por qué no le ayudas?
14. El motivo de no ayudarlo ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?
- | | | |
|---|---------------|------------------------|
| Totalmente debido a otras personas o circuns. | 1 2 3 4 5 6 7 | Totalmente debido a mí |
|---|---------------|------------------------|
15. En el futuro, cuando un amigo te pida ayuda ¿este motivo volverá a estar presente?
- | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------|
| No estará presente nunca | 1 2 3 4 5 6 7 | Estará presente siempre |
|--------------------------|---------------|-------------------------|
16. Este motivo es algo que afecta sólo a cuando un amigo te pide ayuda o influye también en otras áreas de tu vida?
- | | | |
|---|---------------|---|
| Sólo influye en esta situación particular | 1 2 3 4 5 6 7 | Influye en todas las situaciones de mi vida |
|---|---------------|---|

DAS UNA CHARLA IMPORTANTE A UN GRUPO Y LOS OYENTES REACCIONAN NEGATIVAMENTE

17. ¿Por qué reaccionan negativamente?
18. El motivo de la reacción negativa de los oyentes ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?
- | | | |
|---|---------------|------------------------|
| Totalmente debido a otras personas o circuns. | 1 2 3 4 5 6 7 | Totalmente debido a mí |
|---|---------------|------------------------|
19. En el futuro, cuando des alguna charla ¿este motivo volverá a estar presente?
- | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------|
| No estará presente nunca | 1 2 3 4 5 6 7 | Estará presente siempre |
|--------------------------|---------------|-------------------------|
20. Este motivo es algo que afecta sólo a dar charlas o influye también en otras áreas de tu vida?
- | | | |
|---|---------------|---|
| Sólo influye en esta situación particular | 1 2 3 4 5 6 7 | Influye en todas las situaciones de mi vida |
|---|---------------|---|

PREPARAS UN PROYECTO QUE ES ALTAMENTE ELOGIADO

21. ¿Por qué eres elogiado?
22. El motivo de que seas elogiado ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?
- | | | |
|---|---------------|------------------------|
| Totalmente debido a otras personas o circuns. | 1 2 3 4 5 6 7 | Totalmente debido a mí |
|---|---------------|------------------------|
23. En el futuro, cuando prepares un proyecto ¿este motivo volverá a estar presente?
- | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------|
| No estará presente nunca | 1 2 3 4 5 6 7 | Estará presente siempre |
|--------------------------|---------------|-------------------------|
24. Este motivo es algo que afecta sólo al preparar proyectos o influye también en otras áreas de tu vida?
- | | | |
|---|---------------|---|
| Sólo influye en esta situación particular | 1 2 3 4 5 6 7 | Influye en todas las situaciones de mi vida |
|---|---------------|---|

TE ENCUENTRAS CON UN AMIGO QUE SE COMPORTA AGRESIVAMENTE CONTIGO

25. ¿Por qué se comporta así contigo?

26. El motivo de que tu amigo se comporte de forma agresiva contigo ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns. 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

27. En el futuro, cuando te relaciones con los amigos ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca 1 2 3 4 5 6 7 Estará presente siempre

28. Este motivo es algo que afecta sólo a las relaciones con tus amigos o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye en todas las situaciones de mi vida

NO HAS PODIDO HACER TODO EL TRABAJO QUE LOS OTROS ESPERABAN QUE HICIERAS

29. ¿Por qué no has podido hacerlo?

34. El motivo de que no hayas podido hacer todo el trabajo ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns. 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

35. En el futuro, cuando hagas el trabajo que otros esperan ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca 1 2 3 4 5 6 7 Estará presente siempre

36. Este motivo es algo que afecta sólo a hacer el trabajo que otros esperan de ti o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye en todas las situaciones de mi vida

TU ESPOSO/A O NOVIO/A TE HA ESTADO TRATANDO MÁS CARIÑOSAMENTE

30. ¿Por qué te trata más cariñosamente?

31. El motivo de que te trate más cariñosamente ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns. 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

32. En el futuro, en la relación con tu pareja ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca 1 2 3 4 5 6 7 Estará presente siempre

33. Este motivo es algo que afecta sólo a como te trata tu pareja o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye en todas las situaciones de mi vida

TE ESFUERZAS PARA CONSEGUIR ALGO QUE DESEAS MUCHO (UN TRABAJO, ENTRAR EN LA UNIVERSIDAD...) Y LO CONSIGUES

37. ¿Por qué lo consigues?

38. El motivo de conseguirlo ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns. 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

39. En el futuro, cuando te esfuerces para conseguir algo ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca 1 2 3 4 5 6 7 Estará presente siempre

40. Este motivo es algo que afecta sólo a esforzarte para conseguir algo o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye en todas las situaciones de mi vida

VAS A UNA CITA Y TE SALEN MAL LAS COSAS

41. ¿Por qué salen mal las cosas?

42. El motivo de que salgan mal las cosas ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns. 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

43. En el futuro, cuando tengas una cita ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca 1 2 3 4 5 6 7 Estará presente siempre

44. Este motivo es algo que afecta sólo cuando vas a una cita o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye en todas las situaciones de mi vida

CONSIGUES UN AUMENTO DE SUELDO

45. ¿Por qué te suben el sueldo?

46. El motivo de que te aumenten el sueldo ¿se debe a algo tuyo o a algo relacionado con otras personas o circunstancias?

Totalmente debido a otras personas o circuns. 1 2 3 4 5 6 7 Totalmente debido a mí

47. En el futuro en tu trabajo ¿este motivo volverá a estar presente?

No estará presente nunca 1 2 3 4 5 6 7 Estará presente siempre

48. Este motivo es algo que afecta sólo a conseguir un aumento o influye también en otras áreas de tu vida?

Sólo influye en esta situación particular 1 2 3 4 5 6 7 Influye en todas las situaciones de mi vida

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD REDUCIDO NEO-FFI (Costa y McCrae, 1992)

NOMBRE	EDAD	SEXO	FECHA
<p>1. A menudo me siento inferior a los demás</p> <p>2. Soy una persona alegre y animosa</p> <p>3. A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación</p> <p>4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente</p> <p>5. Parece que nunca soy capaz de organizarme</p> <p>6. Rara vez me siento con miedo o ansioso</p> <p>7. Disfruto mucho hablando con la gente</p> <p>8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.</p> <p>9. A veces íntimo o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero</p> <p>10. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por conseguirlos</p> <p>11. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores</p> <p>12. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente</p> <p>13. Tengo una gran variedad de intereses intelectuales</p> <p>14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero</p> <p>15. Trabajo mucho para conseguir mis metas</p>	<p>16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada</p> <p>17. No me considero especialmente alegre</p> <p>18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza</p> <p>19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear</p> <p>20. Tengo mucha auto-disciplina</p> <p>21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza</p> <p>22. Me gusta tener mucha gente alrededor</p> <p>23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas</p> <p>24. Cuando me han ofendido lo que intento es perdonar y olvidar</p> <p>25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias</p> <p>26. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar</p> <p>27. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas</p> <p>28. Tengo mucha fantasía</p> <p>29. Mi primera reacción es confiar en la gente</p> <p>30. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez</p>	<p>31. A menudo me siento tenso e inquieto</p> <p>32. Soy una persona muy activa</p> <p>33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades</p> <p>34. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador</p> <p>35. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago</p> <p>36. A veces me he sentido amargado y resentido</p> <p>37. En reuniones, por lo general, prefiero que hablen otros</p> <p>38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana</p> <p>39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana</p> <p>40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo</p> <p>41. Soy bastante estable emocionalmente</p> <p>42. Huyo de las multitudes</p> <p>43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas</p> <p>44. Trato de ser humilde</p> <p>45. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo</p>	<p>46. Rara vez me siento triste o deprimido</p> <p>47. A veces reboso felicidad</p> <p>48. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos</p> <p>49. Creo que la mayoría de la gente con la que trato en honrada y fidedigna</p> <p>50. En ocasiones primero actúo y luego pienso</p> <p>51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento</p> <p>52. Me gusta estar donde está la acción</p> <p>53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países</p> <p>54. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario</p> <p>55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna</p> <p>56. Es difícil que yo pierda los estribos</p> <p>57. No me gusta mucho charlar con la gente</p> <p>58. Rara vez experimento emociones fuertes</p> <p>59. Los mendigos no me inspiran simpatía</p> <p>60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer</p>

<p>¿Ha contestado a todas las frases? SI NO</p> <p>¿Ha anotado sus respuestas en los lugares indicado? SI NO</p> <p>¿Ha respondido fiel y sinceramente a las frases? SI NO</p>	<p>1. A B C D</p> <p>2. A B C D</p> <p>3. A B C D</p> <p>4. A B C D</p> <p>5. A B C D</p> <p>6. A B C D</p> <p>7. A B C D</p> <p>8. A B C D</p> <p>9. A B C D</p> <p>10. A B C D</p> <p>11. A B C D</p> <p>12. A B C D</p> <p>13. A B C D</p> <p>14. A B C D</p> <p>15. A B C D</p>	<p>16. A B C D</p> <p>17. A B C D</p> <p>18. A B C D</p> <p>19. A B C D</p> <p>20. A B C D</p> <p>21. A B C D</p> <p>22. A B C D</p> <p>23. A B C D</p> <p>24. A B C D</p> <p>25. A B C D</p> <p>26. A B C D</p> <p>27. A B C D</p> <p>28. A B C D</p> <p>29. A B C D</p> <p>30. A B C D</p>	<p>31. A B C D</p> <p>32. A B C D</p> <p>33. A B C D</p> <p>34. A B C D</p> <p>35. A B C D</p> <p>36. A B C D</p> <p>37. A B C D</p> <p>38. A B C D</p> <p>39. A B C D</p> <p>40. A B C D</p> <p>41. A B C D</p> <p>42. A B C D</p> <p>43. A B C D</p> <p>44. A B C D</p> <p>45. A B C D</p>	<p>50. A B C D</p> <p>51. A B C D</p> <p>52. A B C D</p> <p>53. A B C D</p> <p>54. A B C D</p> <p>55. A B C D</p> <p>56. A B C D</p> <p>57. A B C D</p> <p>58. A B C D</p> <p>59. A B C D</p> <p>60. A B C D</p>
--	---	--	--	--

ANEXO III

Estimado Sr./Sra. _____ :

Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, estamos realizando un estudio de las causas que han podido influir en las personas para dejar de acudir a los citados servicios.

Me dirijo a Ud. para informarle de que en los próximos días, y siempre que Ud. dé su consentimiento para ello, se pondrá en contacto telefónico con Ud. el profesional de nuestros servicios que se ocupa de este estudio. En el caso de que no desee que se le llame por teléfono para este fin, puede comunicarlo al Centro de Salud Mental donde ha sido atendido.

Agradeciendo de antemano su colaboración, atentamente:

Fdo.

(Médico responsable del tratamiento en cada caso)