

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO, EN LAS PERSONAS QUE SOLICITAN APOYO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, EN EL CENTRO LANDIVARIANO DE PRÁCTICA Y SERVICIOS DE PSICOLOGÍA Y EN EL CENTRO DE PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE GUATEMALA."**

TESIS DE GRADO

**MANUEL ANTONIO VELASQUEZ ALVARADO**  
CARNET 12162-97

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, FEBRERO DE 2015  
CAMPUS CENTRAL

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**"FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO, EN LAS PERSONAS QUE SOLICITAN APOYO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, EN EL CENTRO LANDIVARIANO DE PRÁCTICA Y SERVICIOS DE PSICOLOGÍA Y EN EL CENTRO DE PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE GUATEMALA."**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
HUMANIDADES

POR

**MANUEL ANTONIO VELASQUEZ ALVARADO**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, FEBRERO DE 2015  
CAMPUS CENTRAL

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.  
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO  
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.  
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS  
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES**

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS  
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO  
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY  
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

## **NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

LICDA. SCARLETTE MARIBEL MUÑOZ ACEVEDO

## **REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS

Guatemala, 2 de diciembre de 2014

Señores Miembros del Consejo  
Facultad de Humanidades  
Departamento de Psicología  
Universidad Rafael Landívar

Honorables Miembros del Consejo:

Atentamente me dirijo a ustedes para solicitarles fecha de revisión para el trabajo de Tesis titulado "Factores que determinan el abandono del proceso psicoterapéutico, en las personas que solicitan apoyo del área de psicología clínica, en el Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología y en el Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala", del estudiante Manuel Antonio Velásquez Alvarado, con carné No. 1216297, previo a obtener el grado de Licenciado en Psicología Clínica, por considerar que llena los requisitos para su aprobación.

Me suscribo de la presente en espera de su resolución.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Scarlett Muñoz', with a small 'u' character at the end of the signature.

Lcda. Scarlett Muñoz Acevedo  
Asesora de Tesis



### Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante MANUEL ANTONIO VELASQUEZ ALVARADO, Carnet 12162-97 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05141-2015 de fecha 13 de febrero de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**"FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO, EN LAS PERSONAS QUE SOLICITAN APOYO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, EN EL CENTRO LANDIVARIANO DE PRÁCTICA Y SERVICIOS DE PSICOLOGÍA Y EN EL CENTRO DE PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE GUATEMALA."**

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGO CLÍNICO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 13 días del mes de febrero del año 2015.



*Irene Ruiz Godoy*  
\_\_\_\_\_  
**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA**  
**HUMANIDADES**  
**Universidad Rafael Landívar**

Dedicada a:

Dr. Ernesto Velásquez, mi padre, por su apoyo, amor, ejemplo y paciencia.  
Dra. Irma Alvarado de Velásquez, mi madre, por su apoyo, amor, ejemplo y paciencia.  
Mgr. Luis Ernesto Velásquez, mi hermano, por su especial y permanente apoyo.  
Mgr. Juan José Velásquez, mi hermano, por su apoyo y su constante cariño.  
Dr. Roberto Velásquez, mi hermano, por su apoyo, confianza y admiración.  
María Antonia Barrios Q.E.P.D, mi Ita, por su amor incondicional.

Agradecimiento:

Al universo, por alinearse, y a todos aquellos que conspiraron junto a el.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>Resumen</b>	<b>I</b>
<b>I. Introducción</b>	<b>05</b>
1 Procesos psicoterapéutico	12
1.1 Teorías y técnicas psicoterapéuticas	13
1.2 Plan terapéutico	14
1.3 Factores que favorecen un proceso terapéutico en psicología	15
2 Concepto de abandono en un proceso terapéutico en psicología	17
2.1 Factores sociodemográficos del abandono	18
2.2 Factores clínicos y asistenciales del abandono	19
2.3 Factores relativos al tratamiento y al terapeuta del abandono	20
<b>II. Planteamiento del problema</b>	<b>23</b>
2.1 Objetivos	22
2.1.1 Objetivo general	22
2.1.2 Objetivos específicos	23
2.2 Variables de estudio	23
2.3 Definición de variables	24
2.3.1 Definición conceptual de las variables	24
2.3.2 Definición operacional de las variables	24
2.4 Alcances y límites	25
2.5 Aporte	26
<b>III. Método</b>	<b>27</b>
3.1 Sujetos	27
3.2 Instrumentos	27
3.3 Procedimientos	28
3.4 Tipo de investigación, diseño y metodología estadística	28
<b>IV. Presentación y análisis de resultados</b>	<b>30</b>
4.1 Características socioeconómicas de los encuestados	30
4.2 Factores clínicos asistenciales	35



4.3	Factores relativos a la terapia y el terapeuta	39
4.4	Razones del abandono terapéutico	42
4.4.1	Razones económicas	42
4.4.2	Razones demográficas	45
4.4.3	Razones relacionadas al centro de atención	53
4.4.4	Razones relacionadas al terapeuta y al proceso	71
4.5	Otras razones de abandono	89
4.6	Lista de cotejo de expedientes	93
<b>V.</b>	<b>Discusión</b>	<b>94</b>
<b>VI.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>103</b>
<b>VII.</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>104</b>
<b>VIII.</b>	<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>106</b>
<b>IX.</b>	<b>Anexos</b>	<b>109</b>

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer los factores que influyen en el abandono por falta de adherencia al proceso psicoterapéutico, de los pacientes que asistieron en el año 2013 al Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología de la Universidad Rafael Landívar y al Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala.

Para ello se aplicó, a los pacientes entrevistados en dichos centros, una encuesta con preguntas cerradas vinculadas a cada uno de los factores sociodemográficos, factores clínicos asistenciales y los factores relativos a la terapia y el terapeuta, así como una lista de cotejo de expedientes clínicos. Dicha encuesta y lista de cotejo fueron diseñadas por el investigador y validada por cinco expertos en el área de investigación, salud mental y servicios de psicología.

Los resultados revelados en este estudio confirma la postura de otros investigadores que refieren que a partir del estudio de las variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, relativas a la terapia y al terapeuta es posible proponer un modelo teórico para la explicación del abandono terapéutico y la falta de adherencia al tratamiento. El establecer un modelo con esta característica facilita la identificación de un perfil específico de los pacientes con mayores posibilidades de abandonar su proceso antes de cumplir con sus objetivos terapéuticos, lo que establece un punto de partida para disminuir la tasa de abandono del proceso en los consultantes de los centros de proyección social.

El estudio demuestra que las razones con mayor incidencia, dentro de la población estudiada, se encuentra la experiencia y conocimiento del terapeuta asignado, la identificación del paciente en cuanto a los avances relacionados a su motivo de consulta y la información que se le proporcionó en cuanto a un plan terapéutico u objetivos terapéuticos.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud - OMS – (2013) define la salud mental como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.01); es decir, es un estado integral de bienestar sostenido en la persona. En este contexto también es posible inferir que la suma de los ciudadanos que poseen una buena salud mental producen una sociedad más saludable desde el punto de vista integral. Entonces desde esta perspectiva todo proceso terapéutico individual tendrá impacto directo en lo familiar y por lo tanto también en lo social-comunitario.

En el contexto cultural guatemalteco prevalece la creencia que el apoyo psicológico es solo necesario en situaciones extremas y regularmente solo las personas desequilibradas son las que recurren a un psicólogo o un profesional de la salud mental. Por otro lado es innegable que todo ser humano, a lo largo de su vida, está propenso a verse afectado por malestares emocionales y afecciones psicológicas que afectan su funcionamiento familiar, laboral o social; ningún sujeto, sin importar su edad, condición social, económica o cultural está exento a que las circunstancias afecten sus relaciones y sus emociones.

En Guatemala la oferta de servicios en salud mental ha crecido a la par del número de profesionales que se gradúan en el área; esto ha traído como consecuencia positiva la aceptación de la psicología como una herramienta para mejorar la vida, familia y comunidad, más allá del tabú de la enfermedad mental. En este sentido hoy en día hay mayor oferta de profesionales e instituciones que brindan atención en lo privado y en lo público. Esto a su vez ha permitido que la población en general tenga mayor disponibilidad y accesibilidad de instituciones de protección y proyección social que prestan servicios psicológicos gratuitos o de bajo costo, eliminado el factor económico como un elemento para no consultar a un profesional de la psicología.

Social y culturalmente en el país se está entendiendo de diferente manera la necesidad de los servicios de salud mental, muestra de ello es que en la actualidad, según las estadísticas de los centros que prestan este tipo de atención, las consultas al área de psicología han aumentado y en algunas instituciones se ven saturados en su capacidad de atención.

A pesar de lo anterior también es cuestionable el número de personas que, aunque voluntariamente buscan la ayuda, terminan abandonado el proceso terapéutico antes de concluir con el plan terapéutico propuesto por el profesional tratante. Todo clínico tiene claras las implicaciones y las consecuencias, en muchos casos graves, de un proceso psicoterapéutico inconcluso. Sin embargo, las variables que lo determinan son diversas y están relacionadas con factores económicos, familiares, sociales, educativos y también de tipo clínico-terapéutico. Clínicamente hablando todos aquellos pacientes que no concluyen su proceso terapéutico no logran resolver los conflictos psicológicos que los llevaron a consultar, por lo tanto tienen más probabilidades de recaer o acrecentar la problemática que los llevo a consultar.

Es importante estudiar este fenómeno para establecer cuáles son las variables que lo determinan, el acceder a esta información es especialmente útil para que las instituciones de previsión social puedan determinar qué factores son susceptibles de mejorar, con el objetivo de disminuir los elementos que favorecen el abandono del procesos terapéutico de los personas que solicitan ayuda psicológica en sus centros de atención.

Determinar las razones en el abandono del proceso terapéutico es complicado de realizar, ya que deben tomarse en cuenta varios factores relacionadas al paciente, entre ellos el contexto socioeconómico, el motivo de consulta, el enfoque y técnica psicoterapéutica, las reglas o condiciones del centro que le presta el servicio y la percepción del paciente respeto a sus avances.

La mayoría de los autores que han estudiado este fenómeno concuerdan en que el abandono del proceso terapéutico es multicausal; sin embargo, la mayoría de estudios se centran en un solo grupo de factores, generalmente relacionados con los aspectos clínicos.

El presente estudio tiene como objetivo establecer los factores que influyen en la decisión de no asistir más a un proceso psicoterapéutico. Adicionalmente se analizarán los expedientes clínicos de los pacientes entrevistados en la búsqueda de más información que permitan construir los indicadores de las variables de estudio.

Así mismo, esta investigación pretende describir e indagar a profundidad sobre las causas, sociales, económicas y terapéuticas que otros autores han determinado como factores de abandono del proceso; sin embargo también pretende establecer otros datos e información, en el contexto particular de las instituciones de proyección social, que les permitan establecer y anticipar las principales causas del abandono y así tomar medidas que permitan la permanencia de los pacientes hasta la culminación del plan terapéutico establecido por el profesional a su cargo.

Aunque es una preocupación de los centros de atención psicológica y de los profesionales de la salud mental, el tema del abandono de los procesos terapéuticos ha sido poco discutido como un fenómeno multicausal.

A nivel mundial se han realizado varios estudios que buscan explicar por qué se presentan los factores que favorecen el abandono de un proceso psicoterapéutico. Rondón, Otála y Salamanca (2009), realizaron un estudio para determinar los factores que influyen en la deserción terapéutica de los pacientes en un centro universitario de atención psicológica. La investigación fue de tipo descriptiva, permitió conocer y analizar las características generales asociadas con el abandono de los pacientes del Centro de Estudios y Atención Psicológica de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. En dicho estudio se indagó sobre los factores asociados al perfil de los pacientes, al terapeuta, a la terapia, y el contexto a partir del análisis de las historias

clínicas y entrevistas telefónicas a los consultantes. El estudio reveló que el porcentaje de deserción es del 88% de los casos recibidos, con una frecuencia de alrededor del 30% del total de casos para cada categoría de causas estudiadas; respecto a los factores predisponentes del abandono, no se ha logrado tener claridad sobre la influencia de características tales como edad, sexo, nivel educativo o social, sin embargo, se encuentra un nivel de deserción asociado a más de una variable de estudio como por ejemplo, la edad, la fase del proceso en el que se encuentra el consultante y los determinantes del contexto, entre otros.

Por su parte Muñoz (2004), realizó un estudio sobre los determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales. Tomó como objeto de estudio a los pacientes jóvenes entre 18 y 32 años tratados ambulatoriamente en los Servicios de Salud Mental de los distritos de Centro y Lantina de la Comunidad de Madrid. Dicho estudio buscó demostrar la influencia de la Indefensión Aprendida, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en el abandono de sus procesos psicoterapéuticos. Dicha tesis doctoral en términos generales concluye que las variables sociodemográficas, el género en particular, configura la porción más pequeña de los resultados, siendo una característica relevante para el abandono terapéutico pero de menor importancia que el resto. La siguiente variable en importancia mencionada en el estudio es prevalencia de algún antecedente psiquiátrico en el paciente, luego se menciona los rasgos de personalidad. Las dos variables con más relevancia de los resultados son el grado de internalidad de las atribuciones realizadas para los sucesos positivos y el nivel de indefensión aprendida de los pacientes.

Moreno, Rozo y Cantor (2012), realizaron un estudio para establecer la permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos de la Universidad Católica de Colombia entre los años 2007 y 2008. Dicha investigación fue de tipo descriptivo y se realizó con un muestreo tipo censal tomando en cuenta todos los pacientes inscritos en la Unidad. La información fue recabada por instrumentos diseñados por los investigadores para este estudio y en las historias clínicas de los pacientes seleccionados. El estudio analizó como las variables de servicio en cuanto a la institución, al procesos terapéutico,

al paciente, al terapeuta y a la relación paciente-terapeuta. La unidad de análisis se estableció por 621 historias clínicas, los resultados evidenciaron que al rededor del 50% de la población estudiada corresponde a las edades entre 5 y 14 años, el estrato socioeconómico que más asistió al centro estudiado era bajo y se determinan por ser familias biparentales. El estudio concluye que las características clínicas y sociodemográficas son las más significativas en cuanto a la adherencia al proceso.

Por otro lado Porcel (2005), realizó un análisis crítico sobre el abandono del proceso psicoterapéutico en su artículo “Las ceremonias de tratamiento médico-biológico como facilitadoras de ciertos tipos de abandono en psicoterapia: un análisis teórico”, donde hace un recorrido en el proceso de abordaje síntoma-diagnóstico-tratamientos, y determina como en cada uno de estos pasos puede presentarse situaciones, ya advertidas por la teoría, que pueden poner en riesgo la permanencia del paciente en el consultorio. El análisis que realiza el autor pone cierto énfasis en la responsabilidad del paciente como sujeto activo del proceso y como su pasividad, y por lo tanto la falta de resultados terapéuticos, puede favorecer el abandono de su tratamiento.

En el artículo presentado en las Jornadas de Psicopatología y Salud Mental Encuentros y Desencuentro en Salud Mental del Hospital General de Agudo D. Teodoro Álvarez, Chazenbalk, Mammi, Nachman, Parera, Reizes y Arcuschin (S/F), teorizan sobre la incidencia del *self* del profesional en el proceso terapéutico y enfatizando en la importancia que tiene el estilo de trabajo del terapeuta en el proceso de la psicoterapia. Determinan esto como una variable fundamental, no solo en el alcance de los objetivos terapéuticos sino también en la permanencia del paciente en sus proceso psicoterapéutico.

Por su parte Rodríguez (2011), realiza un análisis sobre el abandono terapéutico en su artículo académico “Ruptura de la continuidad del proceso terapéutico por cambio de terapeuta”, desde la perspectiva relacional. Su reflexión está basada en la experiencia de los servicios de atención en Salud Mental en el Sistema Sanitario Público Español donde, por sus características de atención, el paciente está expuesto a un eventual cambio de

terapeuta. Si bien el artículo está enfocado en analizar las posibles alternativas para que el cambio de terapeuta no sea dañino (o lo sea en menor intensidad) para el proceso terapéutico, desarrolla la hipótesis que el cambio de terapeuta puede ser considerado como un factor determinante para que el paciente deje de asistir al consultorio antes de finalizar con su plan terapéutico.

Por otro lado López, Kuhne, Pérez, Gallero y Matus (2010), realizaron un estudio en el Departamento de Promoción de la Salud de la Universidad de Santiago de Chile sobre las características de consultantes y proceso terapéutico de universitarios en un servicio de psicoterapia con el objetivo de mejorar los servicios de la unidad de atención psicológica. El estudio determinó un perfil de los estudiantes universitarios que asistían a psicoterapia, los motivos de consulta así como los factores de adherencia al tratamiento y el problema de la deserción de dicho grupo de estudio. El estudio incluyó 378 estudiantes, el 100% de los que consultaron al centro universitario entre octubre 2007 y enero del 2009, la proporción de hombres era de dos por cada mujer y la edad promedio fue de 22 años. Se determinó que el 84.21% de los procesos son concluidos dentro de las diez primeras sesiones.

Así mismo Guajardo y Kushner (S/F), realizaron un estudio donde determinaron la importancia de la reeducación de la familia en el proceso de rehabilitación de los trastornos adictivos. Guajardo y Kushner, desde su experiencia clínica con pacientes en procesos ambulatorios y de internación en la Comunidad Terapéutica CREA Chile con trastornos adictivos, sostienen que el papel de la familia y su reeducación, en cuanto a la enfermedad del paciente, es determinante para que se produzcan efectos terapéuticos pero también para que este no abandone el proceso, condición fundamental para la cura de una adicción. El estudio se realizó durante un año calendario con las familias de los pacientes atendidos por los autores.

Por su parte Botella y Corbella (2011), consideran, en su estudio que el fenómeno de la Alianza Terapéutica es importante para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque no garantiza el cambio en el paciente; sin embargo lo considera vital para que el paciente



sea constante en el proceso, convirtiéndose en una de las determinantes en el no abandono del proceso. Los sujetos incluidos en este estudio fueron 239, 191 mujeres (79.9%) y 48 hombres (20.1%) que recibieron tratamiento psicoterapéutico ambulatorio en un servicio universitario de psicoterapia de Barcelona. El estudio se realizó por medio de una entrevista efectuada por un psicoterapeuta y concluye que la Alianza Terapéutica es un factor que influyen en los pacientes cuando consideran suspender el proceso.

Por último Castañeda (1997), en su tesis doctoral propone un estudio sobre el abandono terapéutico en las consultas de salud mental. Dicho estudio se centró en establecer la magnitud del abandono de los procesos terapéuticos, haciendo referencia a los pacientes que con una cita establecida, con un psicólogo o un psiquiatra, no acuden a sus sesiones voluntariamente o bien interrumpen el tratamiento. El estudio tuvo como objetivo estudiar las diferentes manifestaciones del abandono así como identificar qué motivos inciden en que este fenómeno se produzca. Dicha tesis incluyó varios centros de salud mental de la comunidad de Madrid, estableció en 61% el porcentaje promedio de abandono y concluyó que la falta de adherencia al tratamiento se caracteriza por ser multicausal y que la indefensión aprendida acelera el abandono del proceso.

El estudio de los factores determinantes en el abandono o falta de adherencia al proceso terapéutico es fundamental para responder de mejor manera a la demanda de los servicios de psicología en los centros de proyección social. El impacto de estudiar este fenómeno va más allá del mejoramiento de los aspectos logísticos o administrativos a lo interno de las instituciones, ya que tiene implicaciones importantes en la práctica misma. Para los profesionales de la salud mental es fundamental conocer estos factores considerando que su existencia implican la urgencia de adaptar la práctica a las necesidades contemporáneas de quienes llegan a la consulta. Basado en los estudios anteriormente mencionados se puede identificar que los factores socioeconómicos, los factores clínicos asistenciales y los factores relativos a la terapia y el terapeuta, son los tres grupos de factores que principalmente se relacionan con la falta de adherencia y abandono del proceso.

## 1. Proceso Psicoterapéutico

Dependiendo el método o técnica psicoterapéutica consultada el concepto de proceso psicoterapéutico tendrá diferentes particularidades en su definición; sin embargo, en términos generales coinciden en su definición conceptual.

Velásquez, Velásquez y Galindo (2014), refieren que un proceso psicoterapéutico se entiende como una consecutiva serie de intervenciones terapéuticas pactadas entre un profesional de la salud mental y un consultante en función de alcanzar uno o más objetivos terapéuticos, el cual se enmarca en un tiempo, espacio y técnica determinada.

De acuerdo con Kendall y Norton-Ford (1988), existen varios tipos de psicoterapia pero establecen que todos tienen como mínimo las siguientes características en común:

- a) El paciente puede establecer una relación genuina y cuidados con quien consulta.
- b) El terapeuta lo guía hacia una auto explicación psicológica de su malestar.
- c) Paciente y terapeuta establecen objetivos terapéuticos para resolver la problemática referida en el motivo de consulta.
- d) El terapeuta enseña al paciente técnicas para hacer frente a la tensión y control de su vida con autonomía y eficacia.

Valdivieso (1994), establece que puede definir la psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. Estas generalmente utilizan la interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de los diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquier otra condición que sea considerada mal adaptativa para el individuo. Este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios, poseen el entrenamiento y la experiencia para la aplicación de tales técnicas. La definición enunciada subraya el hecho que la psicoterapia es un tratamiento, lo que supone que el sujeto presenta un trastorno o condición mal adaptativa definida. En este sentido, la psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto nosológico

psiquiátrico. Aun cuando la psicoterapia contribuye a un crecimiento personal, o bien a una ampliación de la conciencia de los conflictos, su finalidad es el alivio o la curación de trastornos mentales. Este solo aspecto de la definición de psicoterapia acota enormemente su campo de acción.

### 1.1 Teorías y técnicas psicoterapéuticas

Las teorías y técnicas psicoterapéuticas son tan variadas como su definición, existe varias técnicas de psicoterapia que se derivan de explicaciones o desarrollos teóricos respecto al entendimiento del psiquismo y/o comportamiento humano.

Por su parte Feixas y Miró (1993), definen cinco escuelas psicoterapéuticas actuales desde donde establecen diferentes modelos de atención clínica:

- a) Escuela psicoanalítica o psicodinámica
  - 1. Psicoanálisis
  - 2. Psicología analítica de Jung
  - 3. Terapia de Adler
  - 4. Terapia psicodinámica
- b) Escuela Cognitivo-Conductual
  - 1. Terapia conductual
  - 2. Terapias cognitivas
  - 3. Terapias racional emotiva de Ellis
- c) Escuela humanística – existencialista – fenomenológica
  - 1. Psicología humanística
  - 2. Terapia centrada en el cliente de Rogers
  - 3. Logoterapia de Frankl
  - 4. Psicología transpersonal
  - 5. Psicología arquetípica de Jung
  - 6. Terapia gestalt de Perls
  - 7. Análisis transaccional

- d) Escuela sistémica
  - 1. Terapia familiar sistémica
  - 2. Escuela internacional de MRI
  - 3. Escuela estructural-estratégica de Haley y Miuchin
  - 4. Escuela de Milán de Selvini y Palazzoli
- e) Escuela cognitivo-constructivista
  - 1. Psicología de los constructos personales de Kelly

## 1.2 Plan Terapéutico

Cada escuela de psicoterapéutica establece sus propios parámetros de cómo deben establecerse el trabajo clínico en cada proceso terapéutico. Sin embargo, todas las escuelas coinciden sobre lo imperativo de un método y una técnica, lo que necesariamente implica una planificación de objetivos dirigidos hacia la cura de una condición psicológica adversa.

Según Velásquez, Velásquez y Galindo (2014), un plan terapéutico parte de un proceso de evaluación y de la definición de un diagnóstico clínico, tiene como finalidad establecer el marco y los parámetros clínicos sobre los cuales se realizará un proceso psicoterapéutico. Además, definir objetivos terapéuticos, plazos de intervención y técnica psicoterapéutica. En algunos casos, regularmente en centro de práctica profesional de estudiante universitario o intervenciones de carácter público, se incluye un desarrollo teórico que respalda la intervención propuesta. Implica también un compromiso por parte del terapeuta con el paciente, ya que garantiza la no improvisación en el proceso y el respaldo de una teoría y técnica en la intervención.

Según la American Psychiatric Association –APA- (1997), se debe garantizar que los pacientes sean atendidos en el contexto menos restrictivo posible, donde se pueda aplicar un tratamiento con eficacia y de manera segura. También es importante considerar que el tratamiento debe tomar en cuenta la situación clínica del paciente, sus preferencias y la de su familia, las exigencias del tratamiento necesario y disponibles.

Según el Protocolo de intervención psicológica en los centros de atención a drogodependientes del Instituto de Adicciones de Madrid-Salud (2014), todo plan de intervención o plan terapéutico no puede considerarse como final hasta que sea consensuado con el paciente, incluso con la familia, porque es necesario socializar los objetivos terapéuticos para que sean efectivos.

### 1.3 Factores que favorecen un proceso terapéutico en psicología

Los factores que favorecen un proceso terapéutico en psicología pueden diferir entre cada uno de las diferentes escuelas de psicoterapia, sin embargo hay factores clínicos generales que siempre favorecerán la cura independientemente de la técnica psicoterapéutica utilizada. Fréchette (2003), basado en su experiencia como terapeuta refiere que son diversos los factores que tiende a favorecer el proceso de cambio y la curación de un paciente. Parte del principio que el concepto de curación se debe entender como un proceso, algo dinámico y que se desarrollan en transcurso de tiempo.

Los factores establecidos por Fréchette son:

- *Entorno terapéutico y calidad de la relación terapéutica*: son todos aquellos factores vinculados a la relación terapéutica con el paciente. Esto implica, por parte del psicoterapeuta, ser una persona abierta con quien se puede establecer un vínculo y un entorno seguro y receptivo.
- *Factores que tiene que ver con uno mismo (lo intra-personal en el paciente)*: lo cual implica la capacidad de dar sitio a las experiencias positivas, la capacidad de considerar un problema de manera positiva y constructiva (flexibilidad); una actitud lúdica y la capacidad de utilizar el humor, la compasión y la capacidad de perdonarse; la apertura a una vida espiritual, la capacidad de dejar el ego y de entregarse al organismo total (que incluye el cuerpo, las emociones y la dimensión espiritual y mental).

- *La bioenergética y los estados emocionales*: lo que implica explorar la relación entre cuerpo y mente, reconociendo la influencia mutua de uno sobre el otro.
- *La apertura a una vida espiritual*: entendida como la aceptación de la idea de una fuerza de vida universal que comparten los seres humanos. Para algunos esta manifestación puede ser entendida también desde una perspectiva religiosa.
- *La comprensión y el perdón dirigida a una mejor salud y a un ser más libre*: lo que implica una cura por medio de la fuerza del perdón, que está relacionado con la capacidad de dejar ir y que rompe con el sentido de dependencia. Este factor también tiene un efecto altamente positivo en la salud física.
- *Estados emocionales positivos y de curación de una enfermedad*: son todos aquellos aspecto actitudinales positivos frente la proceso terapéutico, lo que incluye falta de pánico frente a los descubrimientos, confianza en el poder curativo del cuerpo y mente, alegría y sentido del humor, hacerse responsable ante el proceso de cura, capacidad de enfocarse en los objetivos primordiales y más significativos.
- *La capacidad de experimentar placer y alegría en el proceso y la capacidad de reconocer sus propios progresos y celebrarlos*: estas capacidades están relacionas con la motivación de los pequeños y grandes éxitos que acercan al paciente a la cura. Esta motivación se convierte en un motor que permite que el proceso continúe avanzando y no se detenga.

Por su parte Bermúdez y Navia (2013), refieren que “La alianza terapéutica (AT) es uno de los factores comunes que ha recibido mayor soporte empírico en relación con el resultado terapéutico”. (p.67). Sostienen que son diversas investigaciones las que demuestran que son los factores comunes y no la técnica, los responsables de la mayor parte de las varianza del resultado terapéutico (tanto en los procesos terapéuticos individuales como familiares). Dentro de estos factores comunes es la Alianza

Terapéutica la que más soporte empírico tiene como variable predicativa en el resolución de un proceso terapéutico.

Por otro lado Chazenbalk, Mammi, Nachman, Parera, Reizes y Arcuschin (S/F), introducen como un elemento determinante, en el proceso terapéutico, el *self* del terapeuta y refieren:

“debemos acentuar el papel protagónico que cobra en el proceso terapéutico el estilo personal del terapeuta, ya que como ha sido demostrado a parir de minuciosas investigaciones, tiene una alta incidencia en dicho proceso. Todo ello nos lleva a pensar que el instrumento más importante de la psicoterapia es la persona del terapeuta” (p.07).

## 2. Concepto de abandono en un procesos psicoterapéutico

Según Muñoz (2004), la posiciones en cuanto a la conceptualización de abandono terapéutico son amplias y varían en función de lo que cada técnica estable como los parámetros y condiciones de un proceso terapéutico, sin embargo es una preocupación generalizada entre los profesionales de la salud mental. El índice de abandono se presenta con regularidad en la práctica clínica, diversos estudios consultados han demostrado la falta de adherencia a los procesos o tratamientos, siendo más significativo en enfermedades crónicas y trastornos psicológicos. Todos aquellos clínicos con experiencia puede constatar este tema basados en sus propias prácticas y ejercicios profesionales.

Porcel (2003) refiere:

“como ocurre generalmente en psicología, no hay un acuerdo absoluto en aquello recogido bajo el concepto de abandono terapéutico. Una de las razones que pueden dar cuenta de este estado de cosas es la falta de estudios e informes que muestren abandonos en terapia, en tanto que estos son considerados como

consecuencias no deseadas o imprevistas de dicha terapia. Es común observar que la literatura psicológica suele recoger datos positivos, nunca negativo, de sus resultados, lo que equivale a decir que es está interesada en solo una parte de la realidad del proceso terapéutico” (p.02).

Por otro lado Rondón, Otálora y Salamanca (2009), refieren:

“en el ejercicio de la psicología clínica, la deserción terapéutica es uno de los problemas más comunes y que más conflictos teóricos y prácticos acarrea a la disciplina; es un estudio realizado en Venezuela por Jo y Almao en el 2001, sobre el abandono de los tratamientos en psiquiatría y psicología clínica, se encontró que aunque este tema ha sido pobremente abordado desde la perspectiva terapéutica, las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y un 50% del total de consultantes tratados, lo cual es considerablemente superior a la mayoría de las disciplinas en salud; en México, se ha podido establecer que los consultantes asisten en promedio a tres sesiones, lo que es claramente insuficiente para un abordaje efectivo de problemáticas psicológicas” (p.138).

Muñoz (2004), refiere que estudios realizados por varios autores establecen un índice entre 20 y el 60 pacientes por cada 100, de los que asisten a la consulta de centros de servicios de salud mental, abandona su tratamiento. Además si se considera a los pacientes que no asistieron a su primera cita el porcentaje puede superar el 60%. Regularmente el abandono se da en los primeros meses del proceso terapéutico.

## 2.1 Factores sociodemográficos del abandono del procesos terapéutico.

Velásquez y Velásquez (2013) refieren que los datos de tipo sociodemográficos son vitales para todo estudio sobre incidencia de variables relacionadas con personas. Los datos sociodemográficos nos permiten agrupar o segregar a nuestros sujetos de estudios por medio de sus características de género, ubicación geográfica, estrato socioeconómico, edad, etc. Regularmente estos son los datos sobre los que se basan los estudios en cuanto



al abandono terapéutico por su fácil recuperación. En la diferente literatura consultada para este estudio se encontró que datos sociodemográficos más utilizados son: edad (en algunos caso segmentados por grupos de estado de desarrollo como por ejemplo niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), género, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo y etnia.

Rivadeneira (2001), refiere que las tendencias del cambio demográfico proveen un marco necesario para formular acciones destinadas a satisfacer en forma adecuada las demandas sociales, contribuir sinérgicamente al mejoramiento de la calidad de la población y, por ende, construir sociedades más equitativas. La falta de equidad limita el cabal aprovechamiento de los recursos humanos y genera crecientes rezagos de productividad que obstaculizan el mejoramiento de los niveles de competitividad de las economías.

Desde esta perspectiva es importante resaltar la importancia que tiene recuperar los datos sociodemográficos, en los estudios de abandono psicoterapéuticos, ya que proporcionan información valiosa que permiten caracterizar al grupo de población con mayor índice de abandono de los procesos psicoterapéuticos, por lo tanto genera estrategias dirigidas al reducir este fenómeno.

## 2.2 Factores clínicos asistenciales del abandono del procesos terapéutico.

Estos son los factores referentes a los aspecto clínicos del paciente y se relación con el proceso de evaluación y diagnósticos de los pacientes. Los factores clínicos también incluye el entendimiento de la evolución del trastorno o enfermedad mental.

Los factores clínicos permiten establecer la prevalencia de las enfermedades mentales o trastornos psicológicos en un grupo de población y relacionarlos con otras variables como los factores sociodemográficos.

Según los hallazgos de Muñoz (2004), en cuanto a los factores clínicos y de asistencia, relacionados con el abandono terapéutico son:

- *Diagnóstico y psicopatología:* diagnósticos de esquizofrenia, diagnóstico de trastorno de humor y ansiedad, abuso de sustancias y/o alcohol, comportamiento violento, gravedad e intensidad de los síntomas y presencias de efectos secundarios.
- *Curso de la enfermedad:* cronicidad del trastorno diagnosticado.

### 2.3 Factores relativos al tratamiento y al terapeuta relacionados al abandono.

Estos son los factores más complicados de establecer y de sistematizar, pues están relacionados con aspectos personales del terapeuta y de su práctica clínica. Las fuentes de información para establecer estos factores suelen reducirse al terapeuta mismo y los expedientes clínicos de sus casos, ambos de acceso limitado para la mayoría de estudios independientes.

A este respecto Muñoz (2004), indica que las variables relativas al tratamiento ofrecido al paciente, así como las características del terapeuta 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 transcurrido entre la petición de ayuda y el día de la primera cita, la complejidad de la terapia y la existencia del tratamiento previos en salud mental.

Entre los factores generales que se relacionan con la falta de adherencia encontrado en la literatura consultada y mencionados por Muñoz (2004), están:

- *Factores relativos al tratamiento:* tipo de tratamiento, duración del tratamiento, complejidad del tratamiento, ámbito del tratamiento, frecuencia y cantidad de

vistas ambulatorias, lista de espera de los centros de atención, tratamientos previos, información proporcionada al paciente y satisfacción con el tratamiento recibido.

- *Factores relativos al terapeuta:* estatus profesional, profesión del facultativo, actitud del profesional responsable y relación paciente-profesional.

En síntesis los factores que determinan la falta de adherencia se pueden concretar en factores socioeconómicos, factores de tipo clínico y factores relativos a la terapia y al terapeuta. El conjunto de estos grupos de factores pueden establecer de manera integral las condicionantes que favorecen el abandono de un proceso de psicoterapia.

Entender el fenómeno como multicausal obliga a explorar las razones de su manifestación más allá del interés del paciente, dando cabida a considerar que en el abandono del proceso también influye la institución, la familia y el mismo terapeuta, más allá de las condiciones de quien consulta.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente la demanda de servicios de psicología clínica del Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología (CLPSP), de la Universidad Rafael Landívar y del Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG) ha incrementado tanto por la confianza acreditada con los usuarios como por la accesibilidad y disponibilidad de sus servicios.

Uno de los aspectos más importante a considerar, por la misma naturaleza de los servicios, es el conocer los elementos que ayudan a comprender la adherencia y la no adherencia de los pacientes a sus procesos terapéuticos, ya que finalmente el llevar al término este, es lo único que garantiza un cambio permanente en cuanto al motivo de consulta del paciente.

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que influyen en la falta de adherencia al proceso psicoterapéutico, de los pacientes que asistieron en el año 2013 al Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología de la Universidad Rafael Landívar (CLPSP) y al Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG)?

### **2.1 Objetivos**

#### **2.1.1 Objetivo general**

Establecer los factores que influyen en la falta de adherencia al proceso psicoterapéutico, de los pacientes que asistieron en el año 2013 al Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología de la Universidad Rafael Landívar (CLPSP) y al Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG).

## **2.1.2 Objetivos específicos**

**2.1.2.1** Establecer los factores económicos y demográficos que influyen en la falta de adherencia al proceso psicoterapéutico, de los pacientes que asistieron en el año 2013 al Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología de la Universidad Rafael Landívar (CLPSP) y al Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG).

**2.1.2.2** Establecer los factores relacionados al centro de atención psicológica que influyen en la falta de adherencia al proceso psicoterapéutico, de los pacientes que asistieron en el año 2013 al Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología de la Universidad Rafael Landívar (CLPSP) y al Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG).

**2.1.2.3** Establecer los factores relacionados al terapeuta y el procesos terapéutico que influyen en la falta de adherencia al proceso psicoterapéutico, de los pacientes que asistieron en el año 2013 al Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología de la Universidad Rafael Landívar (CLPSP) y al Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG).

## **2.2 Variables**

- b) Factores sociodemográficos que influyen en el abandono del proceso psicoterapéutico.
- c) Factores clínicos y asistenciales que influyen en el abandonado del proceso psicoterapéutico.
- d) Factores relativos la terapia y al terapeuta que influyen en el abandono del proceso psicoterapéutico.

## 2.3 Definición de variables

### 2.4.1 Definición Conceptual

**Factores sociodemográficos:** Velásquez, y Velásquez (2013), refieren que los datos sociodemográficos son el conjunto de características sociales, culturales, biológica y económicas que están presentes en la población sujeta a estudio. Tomando aquellas que puedan ser medibles.

**Factores clínicos y asistenciales:** Velásquez, Velásquez y Galindo (2014), refieren que los factores clínicos y asistenciales son: todos aquellos relacionados con los antecedentes clínico del paciente, con su estado mental y con el diagnóstico respecto a su motivo de consulta.

**Factores relativos a la terapia y al terapeuta:** Velásquez, Velásquez, y Galindo (2014), son todos aquellos relacionados con el proceso definido en el plan de terapéutico, las características del profesional que lo implementa y la alianza terapéutica establecida.

### 2.4.2 Definición operacional

**Factores sociodemográficos:** son todos aquellos indicadores relacionados a la persona y su estado social y económico y se expresan en el nivel socioeconómico, la etnia, el estado civil, la ocupación, la situación laboral, el nivel educativo, el género, la edad, el lugar de procedencia y centro donde fue atendido.

Se evaluó por medio de un encuesta con preguntas cerradas y vinculadas a cada uno de los factores sociodemográficos establecidos. Esta encuesta fue diseñada por el investigador y validada por cinco expertos en el área de investigación, salud mental y servicios de psicología.

**Factores clínicos y asistenciales:** son todos aquellos relacionados con estado clínico del paciente y se expresa en la psicopatología manifiesta, el diagnóstico clínico, los antecedentes psiquiátrico y curso de la enfermedad.

Se evaluó por medio de un encuesta con preguntas cerradas y vinculadas a cada uno de los factores clínicos y asistenciales. Esta encuesta fue diseñada por el investigador y validada por cinco expertos en el área de investigación, salud mental y servicios de psicología.

**Factores relativos a la terapia y el terapeuta:** se expresa en el tipo de tratamiento, la duración del tratamiento, complejidad del tratamiento, ámbito del tratamiento, profesión del tratante, frecuencia y cantidad de sesiones, información proporcionada al paciente, satisfacción del tratamiento recibido, lista de espera, tratamientos previos, número de terapeutas que lo han tratado, genero del terapeuta, existencia de un plan terapéutico, actitud del terapeuta y relación paciente-profesional.

Se evaluó por medio de un encuesta con preguntas cerradas y vinculadas a cada uno de los factores relativos a la terapia y el terapeuta y con una lista de cotejo de expedientes clínicos. Dicha encuesta y lista de cotejo fueron diseñadas por el investigador y validada por cinco expertos en el área de investigación, salud mental y servicios de psicología.

#### **2.4 Alcances y límites**

Este estudio pretendió determinar los factores relacionados con la falta de adherencia de los pacientes a su proceso terapéutico en dos centros de proyección social. Esto ayudará a los responsables de los centros incluidos en el estudio entender por qué se presenta la deserción al proceso terapéutico en sus respectivos centros y permitirá tomar acciones que lo eviten.

Entre las limitantes del estudio, solamente se conocerán los motivos de la deserción de los dos centros estudiados, si bien esto permitirá hacer inferencias para otros centros de atención con las mismas características los resultados no son generalizables a todos los casos o tipos de institución.

## **2.5 Aporte**

Esta investigación permite conocer el alcance de los servicios de psicología que prestan los centros estudiados, así mismo establece los aspectos a mejorar en función de las necesidades de sus usuarios.

Además podrá orientar a los profesionales y practicantes sobre los factores que deben tomar en cuenta al establecer la alianza terapéutica con sus pacientes.

Es de gran ayuda para los y las docentes supervisores o personal de monitoreo para establecer parámetros e indicadores a evaluar en cuanto al desempeño de los terapeutas.

Además aporta para el enriquecimiento de la literatura relacionada con los motivos de la no adherencia al tratamiento psicológico, tema que ha sido poco estudiada en a nivel nacional e internacional.

En términos generales el estudio aporta elementos importantes para mejorar el proceso terapéutico y la calidad de atención de los usuarios en los servicios psicológicos de las intuiciones involucradas en el estudio.



### III MÉTODO

#### 3.1 Sujetos

Todos los padres de niños y adolescente, adultos, hombres y mujeres que fueron pacientes durante el año 2013, en el Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología (CLPSP) y en el Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG), que no concluyeron con su proceso terapéutico. En el caso del CLPSP se encuestaron 52 personas y el caso del CPISMG se encuestaron 26 personas.

#### Características generales de los sujetos

<i>Características</i>	CPISMG		CLPSP	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombres	8	30.77	33	63.46
Mujeres	18	69.23	19	36.54
Adultos	18	69.24	30	57.69
Adolescentes	5	19.23	14	26.93
Niños	3	11.54	8	15.38
Ladino	24	92.31	49	94.23
No ladino	2	7.69	3	5.77

#### Criterios de exclusión

Usuarios que no pudieron ser contactados o que no aceptaron ser encuestados.

#### 3.2 Instrumentos

Para obtener la información sobre los factores determinante de la falta de adherencia se utilizaron dos instrumentos diseñados y validados por el investigador:

- a) Encuesta a los padres de pacientes menores de edad y a paciente adultos. Dicha encuesta esta estructurada en ocho secciones con preguntas diseñadas para construir cada una de las variables de estudio.

b) Lista de cotejo para el análisis de expedientes clínicos, la cual consiste en un listado de contenidos mínimos que deben incluir cada uno de los expedientes físicos de los pacientes incluidos en el estudio, basado en las especificaciones administrativas de los centros de servicios de psicología que se incluyeron en el estudio.

### **3.3 Procedimiento**

- Se solicitó aprobación de las autoridades de ambos centros para la aplicación del estudio.
- Se diseñaron los dos instrumentos utilizados.
- Se recolectó la información a través de la aplicación de los instrumentos.
- Se procesó la información en una base de datos de Excel.
- Se analizó la información obtenida elaborando cuadros de salida, frecuencia y porcentajes.
- Se redactaron las conclusiones y recomendaciones.
- Se elaboró el informe final de investigación.

### **3.4 Diseño y metodología estadística**

Este estudio fue una investigación de tipo descriptivo, transversal, la cual experimenta, interpreta y refiere lo que aparece y lo que es en cuanto a los resultados. Este tipo de investigación realiza una recogida científica de datos, los cuales permiten ordenar, interpretar y analizar la conducta humana, personal y social en sus diferentes condiciones naturales y en los distintos ámbitos (Achaerandio, 2000). Se utilizó un muestreo de tipo censal.

Los estudios transversales son aquellos en los que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo, estos datos pueden corresponder a la presencia, ausencia o diferentes grados de una característica o enfermedades, o bien

examinar la relación entre diferentes variables de una población definida en un momento de tiempo determinado. Dado que las variables se han medido de forma simultánea, no pueden establecerse la existencia de una secuencia temporal entre ellas y, por tanto, estos diseños no permiten abordar el estudio de una presunta relación causa efecto. Así pues, los estudios transversales son por definición descriptivos (Argimon, J. y Jiménez, J., 2004).

Para todas y cada una de las variables del estudio se extrajeron los porcentajes y los valores máximo y mínimo. Se tomó como referencia la categoría de cada una de las variables en la cual la tasa de abandono sea más elevada y se realizaron comparaciones entre las diferentes categorías que componen la variables, con el fin de conocer el grado relativo de abandono en todas ellas. Se extrajeron las frecuencias en cuanto a los datos sociodemográficos y los diagnósticos multiaxiales.

Se realizó un análisis comparativo simple entre los Centros de Atención Psicológica que participaron del estudio con el fin de establecer los factores que los diferencian en cuanto a las características establecidas en las variables.

También se examinaron los expedientes físicos de los pacientes para establecer si estaban conformados como lo indica la normativa administrativa de los centros de atención psicológica que fueron incluidos en el estudio.

## IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS Y RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en el estudio, en el cual se buscó establecer los motivos más significativos relacionados con el abandono terapéutico y falta de adherencia al proceso del cien por ciento de los pacientes del Centro Landivariano de Práctica y Servicios de Psicología (CLPSP) y en el Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG), que no concluyeron con su proceso terapéutico en el año 2013.

En primer lugar se muestran los resultados descriptivos y los porcentajes derivados del análisis estadístico de los datos, haciendo un comparativo entre el Centro Landivarino de Práctica y Servicios de Psicología (CLPSP) y el Centro de Promoción Integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala (CPISMG). Seguidamente se realiza el análisis cualitativo de los datos en relación con el marco teórico y los antecedentes. Los datos presentados corresponde a:

4.1 Características sociodemográfica de los encuestados.

4.2 Factores clínicos asistenciales.

4.3 Factores relativos a la terapia y al terapeuta.

4.4 Razones del abandono terapéutico:

4.4.1 Razones económicas.

4.4.2 Razones demográficas.

4.4.3 Razones relacionadas al centro de atención.

4.4.4 Razones relacionadas al terapeuta y el proceso.

4.5 Otras razones de abandono.

### **4.1 Características sociodemográfica de los encuestados:**

A continuación se presentan los datos sociodemográficos que caracterizan a los encuestados, consistente en edad, género, etnia, promedio de ingreso familiar, número de personas que residen en su hogar y si actualmente trabajan:

**Tabla #01**  
**Frecuencias y porcentajes de pacientes**  
**atendidos y pacientes que abandonaron el proceso terapéutico**

	CPISMG		CLPSP	
	f	%	f	%
Pacientes atendidos en el área de psicología clínica año 2013.	122	100%	323	100%
Pacientes que abandonaron el proceso psicoterapéutico en el año 2013.	46	37.70%	86	26.62%

En la tabla anterior se puede observar que el 37.70% pacientes atendidos durante el año 2013 en el CPISMG abandonaron el proceso psicoterapéutico. En el caso del CLPSP se puede observar que el 26.62% usuarios atendidos durante el año 2013 abandonaron el proceso psicoterapéutico. Observándose un 11% más de abandono del proceso terapéutico en CPISMG.

**Tabla #02**  
**Frecuencias y porcentajes de pacientes**  
**que cumplieron con los criterios de exclusión**

	CPISMG		CLPSP	
	f	%	f	%
No contactados	14	30.43	19	22.09
Rechazo	6	13.04	15	28.84
Encuestados	26	56.52	52	60.46
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

En la tabla anterior se puede observar que en el caso del CPISMG el 30.43% de las personas que abandonaron el procesos durante el 2013 no pudieron ser contactados, ya que su número de teléfono no era correcto o ya no les pertenecían, mientras que el 13.04% manifestaron no querer responder a la encuesta. En el caso del CLPSP se puede observar que el 22.09% de las personas que abandonaron su procesos durante el 2013 no pudieron ser contactados, porque su número de teléfono no era correcto o ya no les pertenecían, mientras que el 28.84% manifestaron no querer responder a la encuesta.

**Tabla #03**  
**Población encuestada según grupo étnico<sup>1</sup>**

Etnia	CPISMG		CLPSP	
	f	%	f	%
Ladino	24	92.31	49	94.23
Maya	2	7.69	3	5.77
Xinca	0	0	0	0
Garífuna	0	0	0	0
Extranjero	0	0	0	0
Sin dato	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

En la tabla anterior se puede observar que el 92.31% de los entrevistados del CPISMG se autodenomina ladinos y el 7.69% mayas. En el caso del CLPSP el 94.23% de los entrevistados se autodenomina ladinos y el 5.77% mayas.

**Tabla #04**  
**Pacientes incluidos en el estudio según rangos de edad**

Rango de edad	CPISMG		CLPSP	
	f	%	f	%
0 a 10	3	11.54	8	15.38
11 a 20	7	26.92	18	34.62
21 a 30	10	38.46	12	23.08
31 a 40	4	15.38	9	17.31
41 a 50	1	3.85	4	7.69
51 a 60	1	3.85	1	1.92
61 a 70	0	0	0	0
71 o más	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

En la tabla anterior se puede observar los pacientes incluidos en el estudio, el rango de edad que predominó en cada uno de los centros fue: de 21 y 30 años con el 38.46% en el caso de CPISMG y de 11 y 20 años con el 34.62% en el CLPSP. El grupo de edad de 11 a 40 años en el CPISMG concentra el 80.76% de los pacientes y en el CLPSP el 75.01%.

---

<sup>1</sup> Según la clasificación del Instituto Nacional de Estadística y el Protocolo de investigación de la Primera Encuesta Nacional sobre victimización y percepción de la seguridad pública.

**Tabla #05**  
**Frecuencias y porcentajes ingreso promedio**  
**Familiar de los encuestados**

Ingreso familiar promedio	CPISMG		CLPSP	
	f	%	f	%
Menos a 1,000	1	3.85	8	15.38
De 1,000 a 2,000	8	30.77	15	28.85
De 2,001 a 3,000	10	38.46	14	26.92
De 3,001 a 4,000	5	19.23	10	19.23
Más de 4,000	2	7.69	5	9.62
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

En la tabla anterior se puede observar que las familias, de los pacientes del CPISMG, el 69.23% se encuentran en un rango de ingreso de Q.1,000.00 a Q.3,000.00 y el 34.57% se encuentran en el rango de menos de Q.2,000.00; de las familias de los pacientes del CLPSP el 55.77% se encuentran en un rango de Q.1,000.00 a Q.3,000.00 y el 44.23% en un rango menor de Q.2,000.00. El rango inferior Q 2,000.00 es menor al salario mínimo vigente en Guatemala.

**Tabla #06**  
**Frecuencias y porcentajes del estado laboral**  
**del jefe de familia de las familias de los pacientes incluidos en el estudio**

Trabaja actualmente	CPISMG		CLPSP	
	f	%	f	%
Si	15	57.69	34	65.38
No	11	42.31	18	34.62
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

En la tabla anterior se puede observar que el 42.31% de los jefes de familia del CPISMG y el 34.62% de los jefes de familia del CLPSP están desempleados, existiendo una diferencia del 7.69% de desempleo entre los dos centros.

**Tabla #07**  
**Frecuencias y porcentajes de las zonas de**  
**procedencia de los encuestados**

Zona	CPISMG		CLPSP	
	f	%	f	%
1	4	15.38	7	13.46
2	2	7.69	4	7.69
3	5	19.23	5	9.62
4	2	7.69	3	5.77
5	3	11.54	5	9.62
6	1	3.85	2	3.85
7	2	7.69	6	11.54
8	1	3.85	2	3.85
13	0	0	1	1.92
16	1	3.85	9	17.31
17	0	0	2	3.85
18	3	11.54	3	5.77
Otro municipio	2	7.69	3	5.77
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

En la tabla anterior se puede observar que en el CPISMG el 57.66% son pacientes de la zona 3,1,5 y 18; predominando la zona 3 con el 19.23%; en el CLPSP el 51.93% son de las zonas 16,1,7 y 3, predominando la zona 16 con el 17.31%.

**Tabla #08**  
**Frecuencias y porcentajes del número de personas en los**  
**grupos familiares de los encuestados**

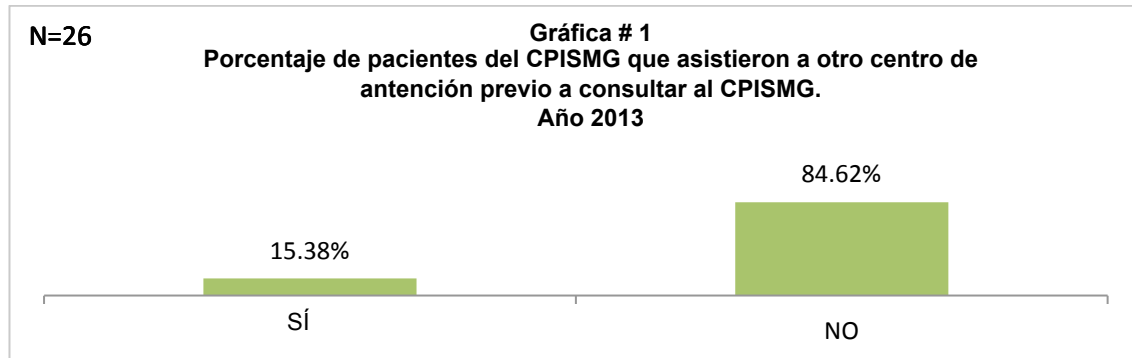
Personas en el hogar	CPISMG		CLPSP	
	f	%	f	%
Entre 1 y 3	2	7.69	6	11.54
Entre 4 y 5	7	26.92	32	61.54
Más de 5	17	65.38	14	26.92
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

En la tabla anterior se puede observar que el 92.3% de los hogares de los pacientes del CPISMG tiene más de cuatro integrantes y que el 88.46% de los hogares de los pacientes CLPSP tiene más de cuatro integrantes.

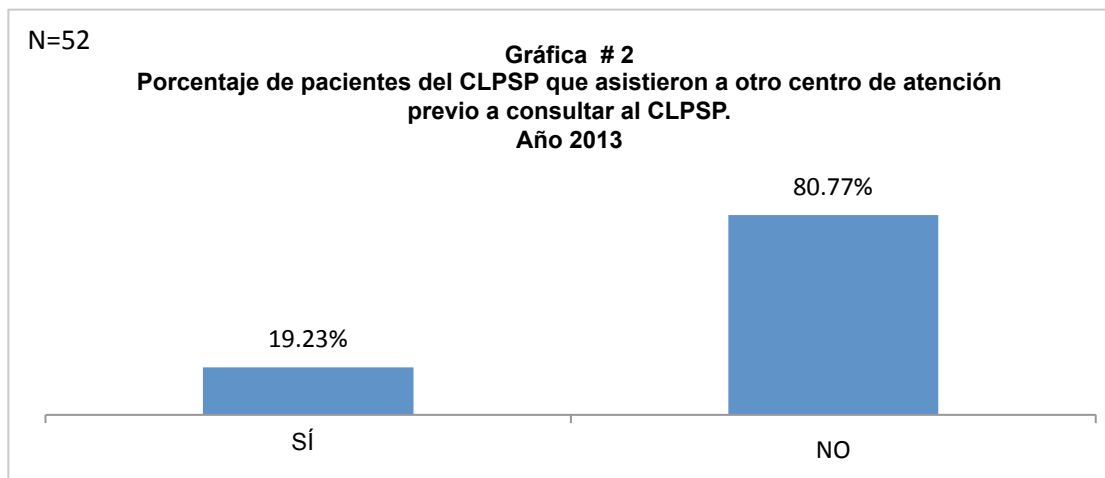


## 4.2 Factores clínicos asistenciales:

A continuación se presentan los datos relacionados a los factores clínicos asistenciales, que tiene relación a la asistencia a centros de atención psicológica, si fueron diagnosticados y si sufren de alguna enfermedad física crónica.

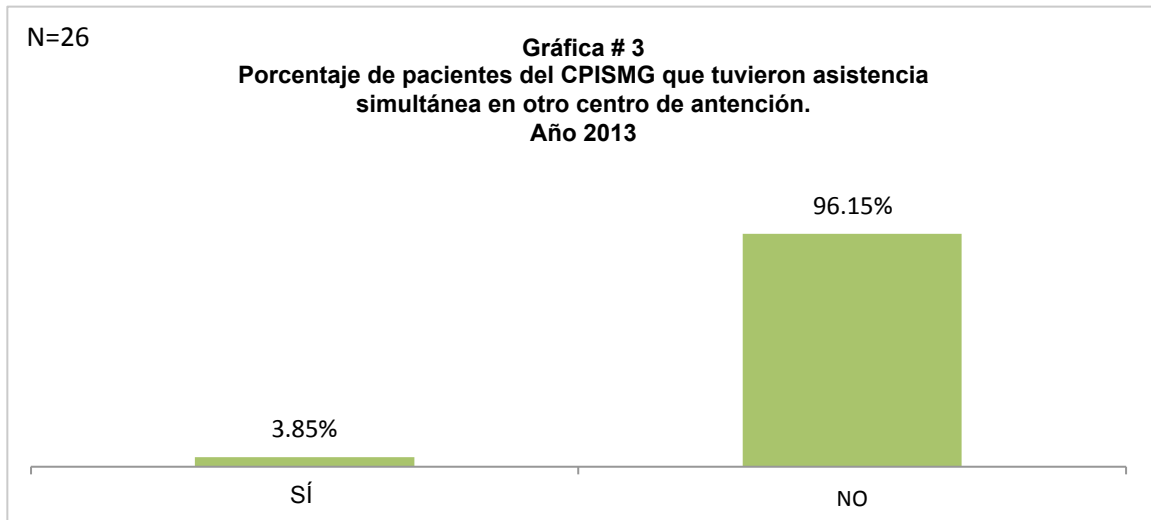


En la gráfica anterior se observa que en su mayoría los pacientes no habían consultado a otro centro de atención antes de consultar al CPISMG.

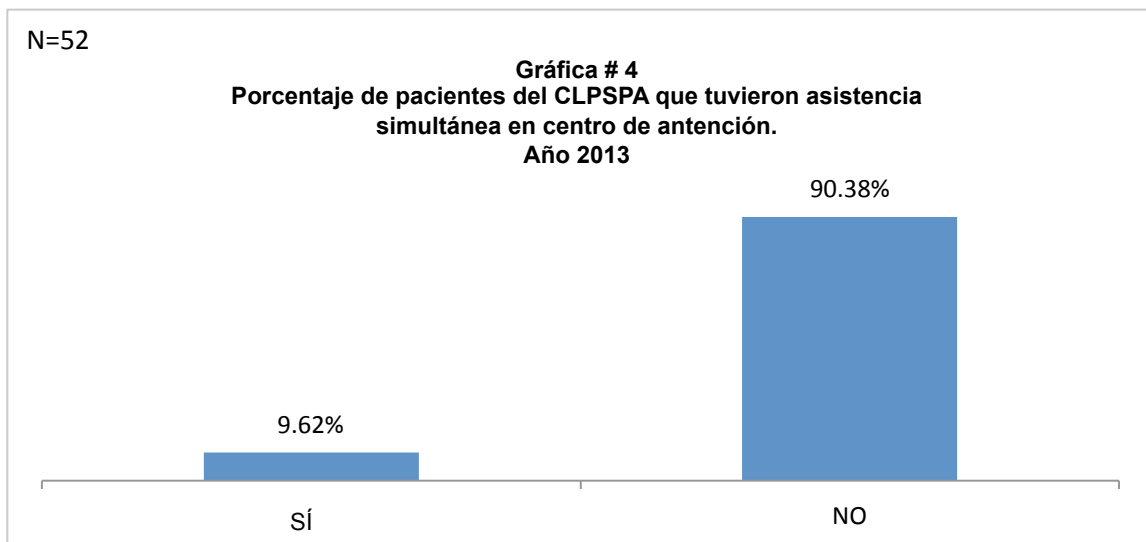


En la gráfica anterior se observa que en su mayoría los pacientes no habían consultado a otro centro de atención antes de consultar al CLPSP.

En ambos centros la cantidad de personas que asistieron a otro centro previamente supera el 80% de los encuestados.

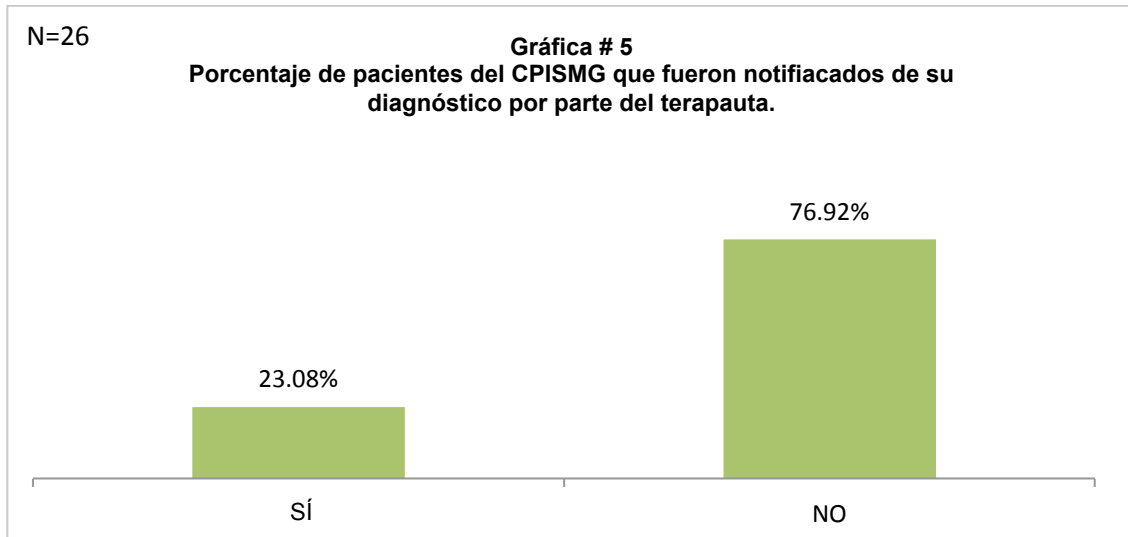


En la gráfica anterior se puede observar que el 3.85% de los pacientes del CPISMG indicaron que asistían a otro centro de atención psicológica al mismo tiempo que en el CPISMG.

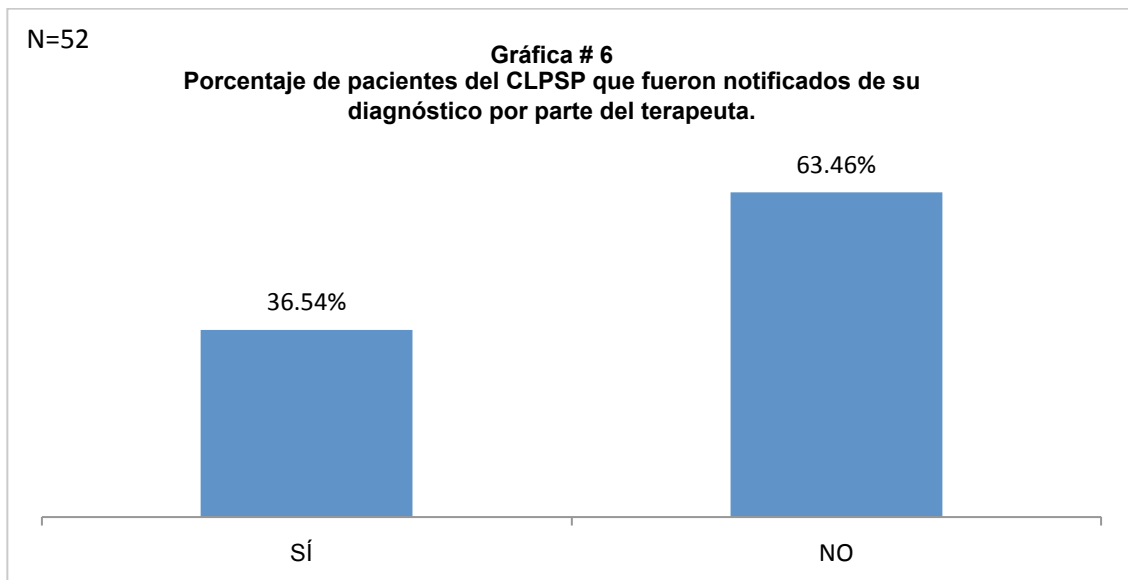


En la gráfica anterior se puede observar que el 9.62% de los pacientes indicaron que asistían a otro centro de atención psicológica al mismo tiempo que al CLPSPA.

El porcentaje de pacientes que asistían a otro centro de atención en forma simultánea es mayor en el CLPSPA con un 9.62% en contraste al 3.85% del CPISMG.

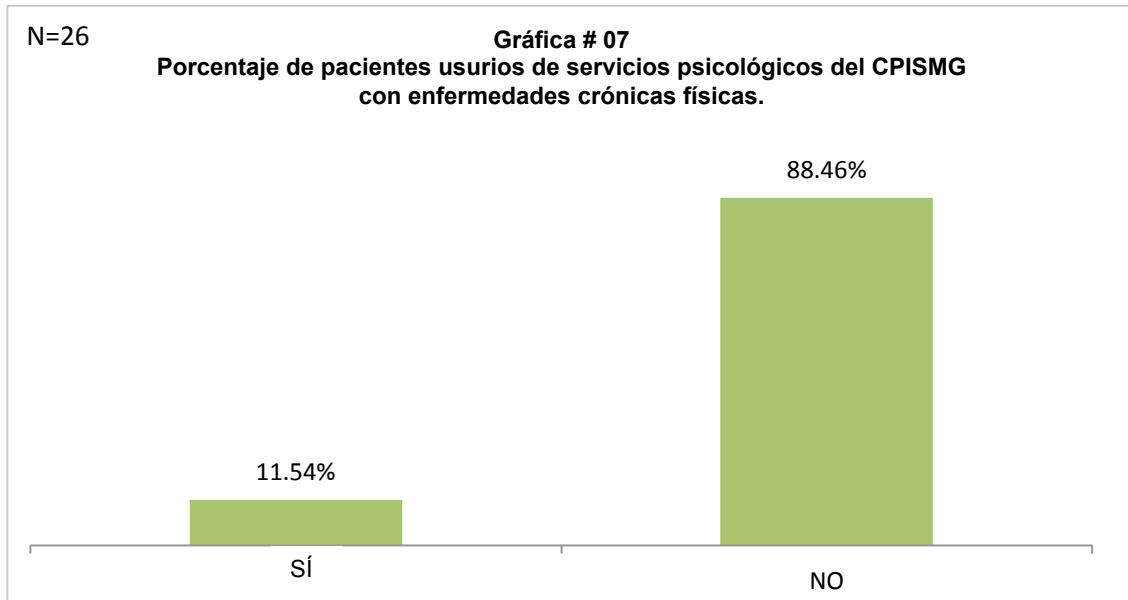


En la gráfica anterior se puede observar que al 76.92% de los pacientes del CPISMG refirieron que el terapeuta no les informó sobre su diagnóstico clínico.

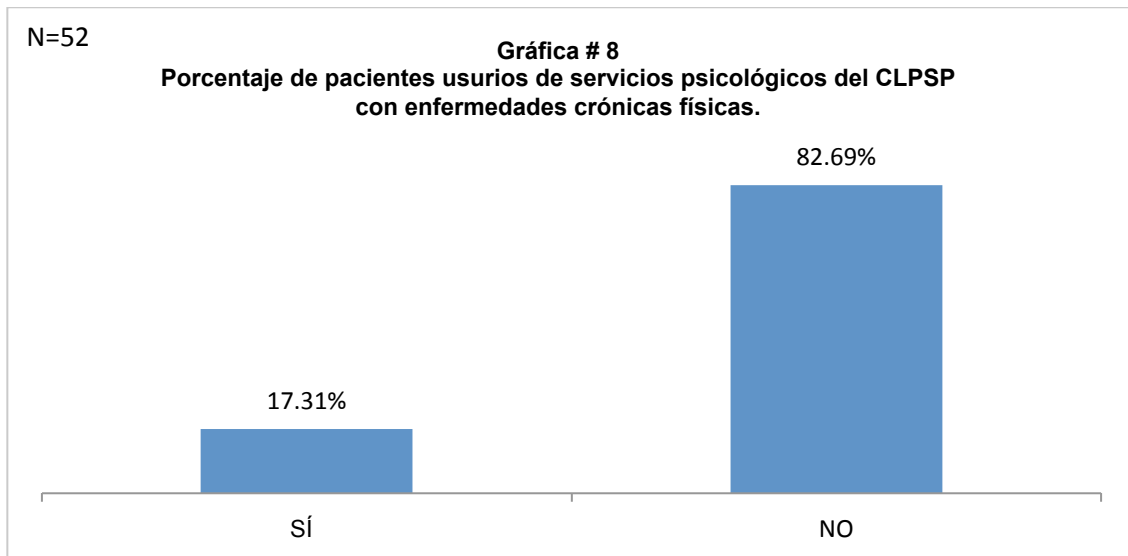


En la gráfica anterior se puede observar que al 63.46% de los entrevistados en el CLPSP el terapeuta no les informó sobre su diagnóstico clínico.

Tanto en el CPISMG como en el CLPSP el porcentaje de pacientes a los que no se les informó sobre su diagnóstico clínico fue mayor del 63%.



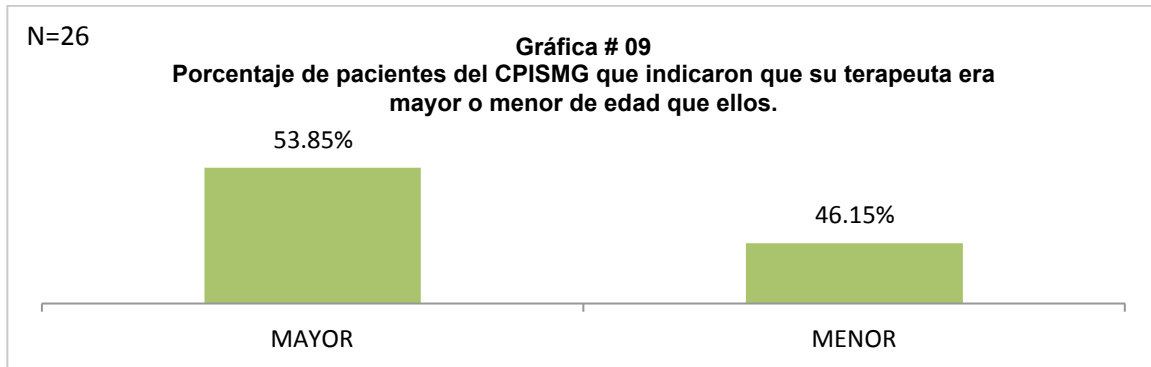
En la gráfica anterior se puede observar que el 11.54% de los pacientes del CPISMG indicaron que sufrían de una enfermedad crónica.



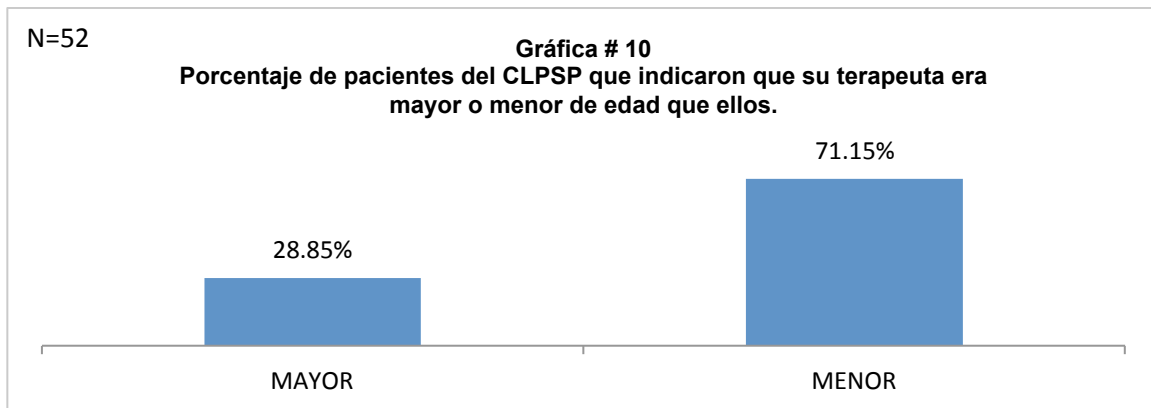
En la gráfica anterior se puede observar que el 17.31% de los pacientes del CLPSP indicaron que sufrían de una enfermedad física crónica. El antecedente de padecer enfermedades físicas crónicas en los pacientes fue mayor en el CLPSP.

### 4.3 Factores relativos a la terapia y al terapeuta:

A continuación se presentan los datos relacionados a los factores clínicos asistenciales los cuales guardan relación con la edad y género del terapeuta y con el plan terapéutico.

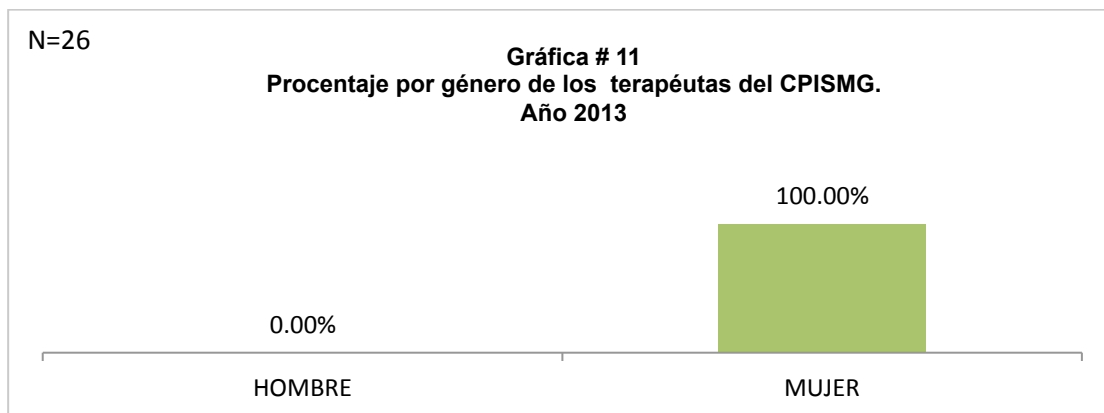


En la gráfica anterior se puede observar que el 53.85% de los pacientes del CPISMG percibían que el terapeuta tenía mayor edad que ellos.

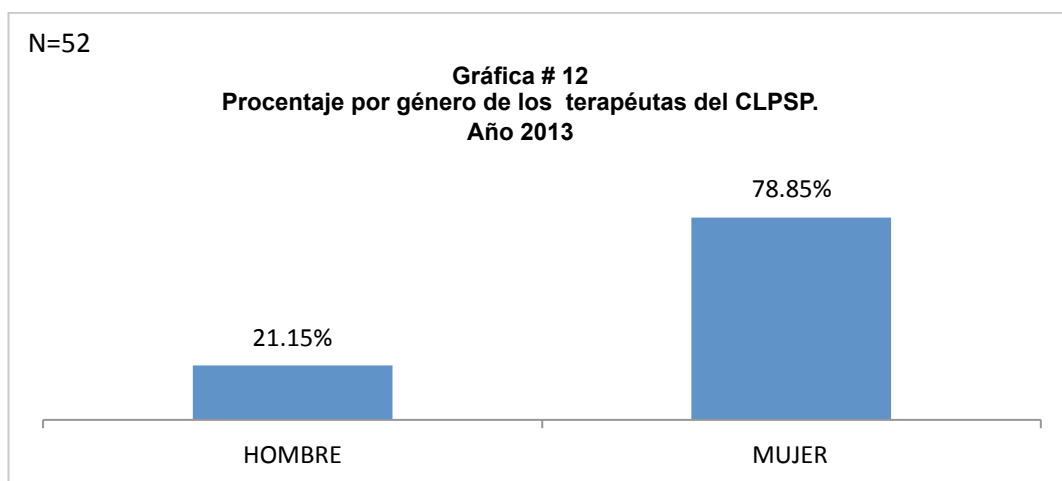


En la gráfica anterior se puede observar que el 53.85% de los pacientes del CLPSP percibía que el terapeuta tenía mayor edad que ellos.

El mayor porcentaje de pacientes que percibía que el terapeuta tenía mayor edad que él, se concentró en el CPISMG con el 53.85 %, en comparación con 28.85 % del CLPSP.

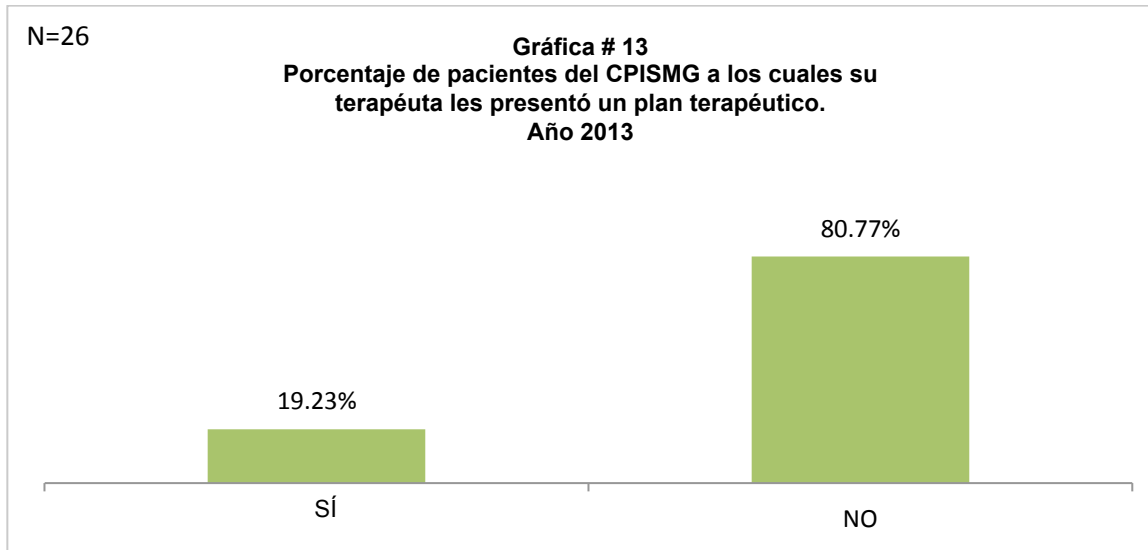


En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los terapeutas del CPISMG son de sexo femenino.

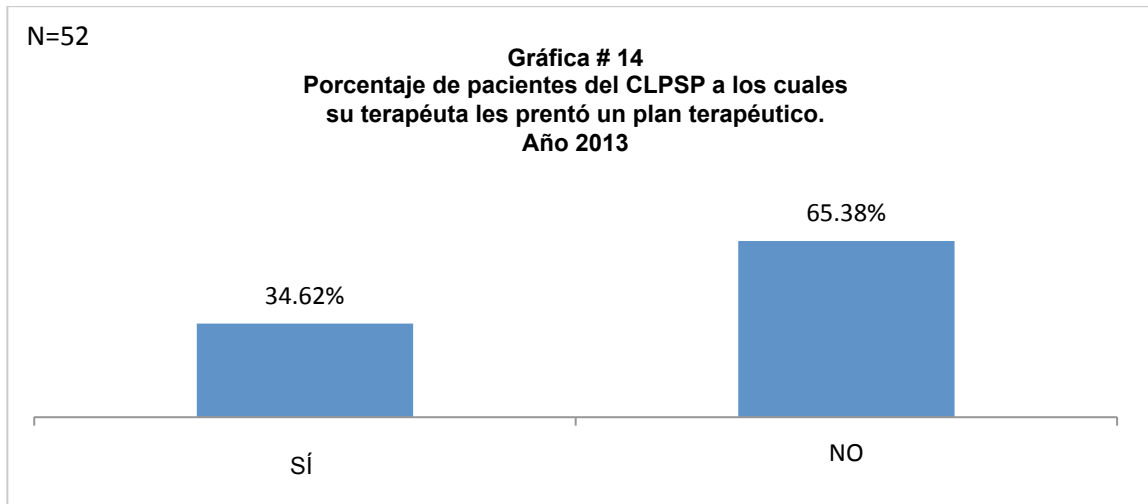


En la gráfica anterior se puede observar que el 78.85 % de los terapeutas del CLPSP son de sexo femenino.

Al comparar los dos centros de atención se evidencia que en el caso del CPISMG, durante el año 2013, todos los terapeutas fueron de sexo femenino mientras que en el caso del CLPSP los terapeutas fueron de ambos sexos. La disponibilidad de terapeutas de ambos sexos puede ser una característica que los pacientes tomen en cuenta al momento de seleccionar y mantenerse en el centro de atención.



En la gráfica anterior se puede observar que el 80.77% de los pacientes del CPISMG indicaron que su terapeuta no les presentó un plan terapéutico.

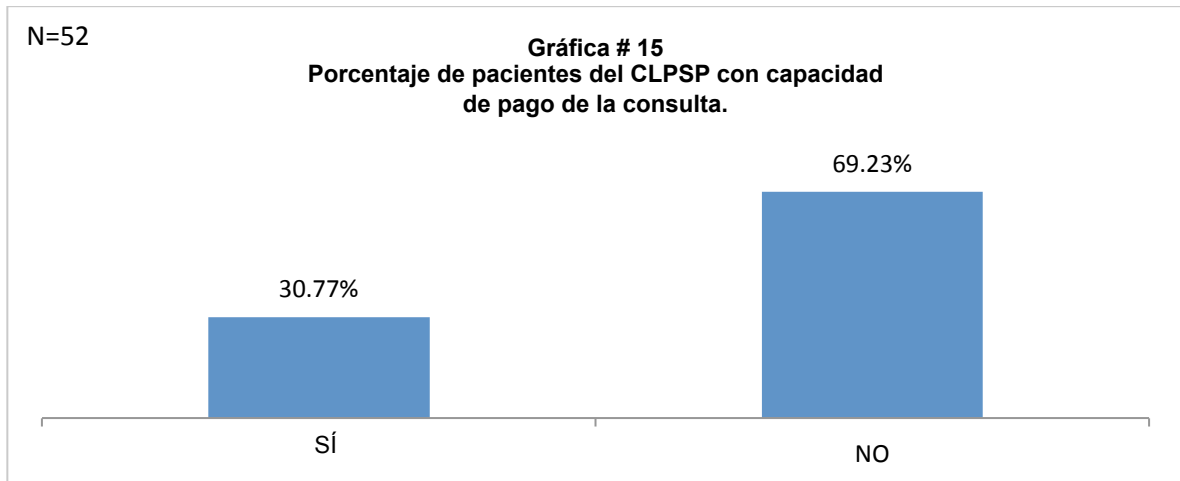


En la gráfica anterior se puede observar que el 65.38% de los pacientes del CLPSP indicaron que su terapeuta no les presentó un plan terapéutico. Al comparar los dos centros de atención se puede observar que el CPISMG en un alto porcentaje (80.77%) no se explicó a los pacientes sobre su plan terapéutico, al compáralo con el CLPSP vemos este último es 15.39% menor.

#### 4.4 Razones del abandono terapéutico:

A continuación se presentan los datos relacionados a los factores clínicos asistenciales, los cuales guardan relación con factores económicos, demográficos, relacionados con el centro de atención, el terapeuta y el proceso terapéutico.

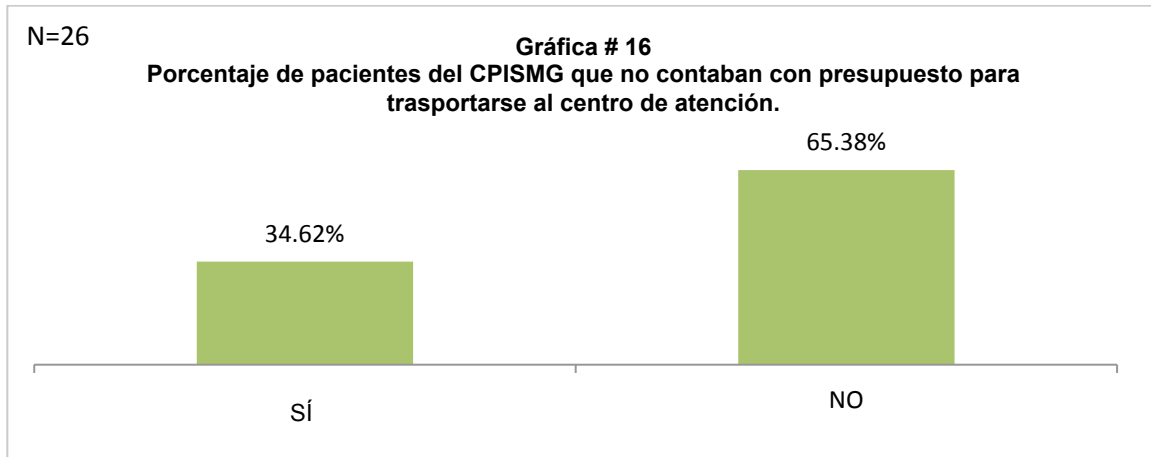
##### 4.4.1 Razones económicas:



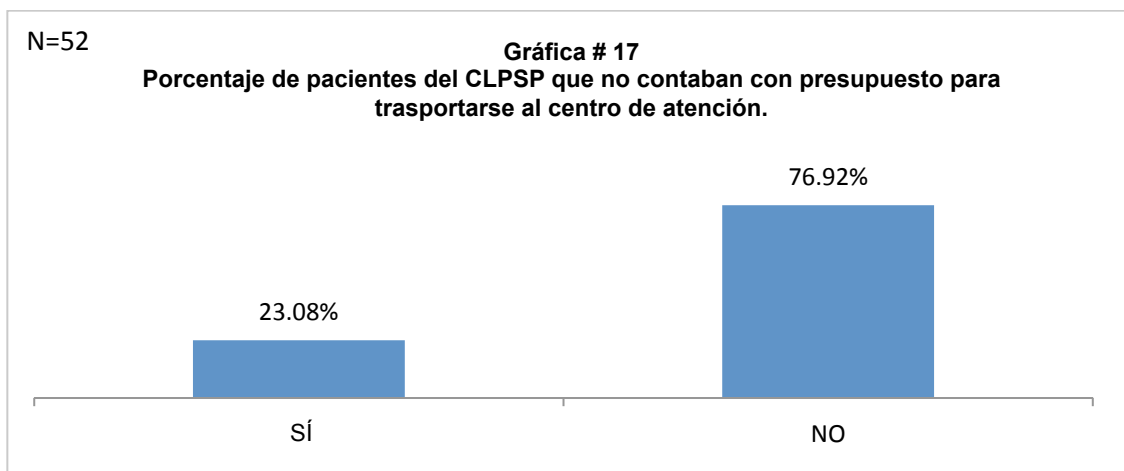
En la gráfica anterior se puede observar que el 30.77% de los pacientes CLPSP indicaron tener capacidad de pagar por el servicio, ya que sus ingresos y presupuesto se los permitían.

No se presenta gráfica del CLPSP porque la pregunta no fue realizada a los encuestados, pues los servicios son gratuitos para todos los usuarios.



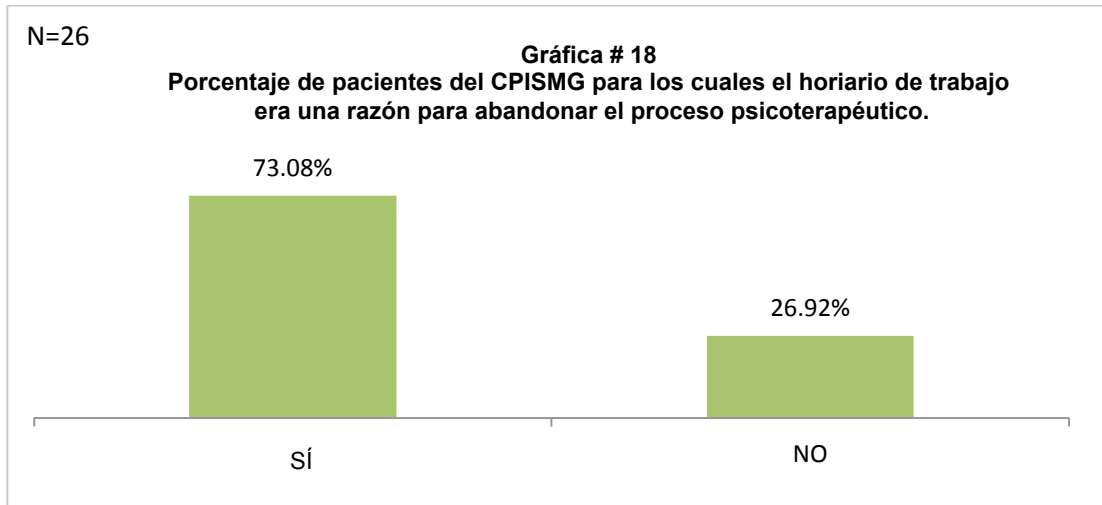


En la gráfica anterior se puede observar que el 65.38% de los pacientes CPISMG indicaron tener problema para pagar el transporte que los llevaba hasta el centro de atención.

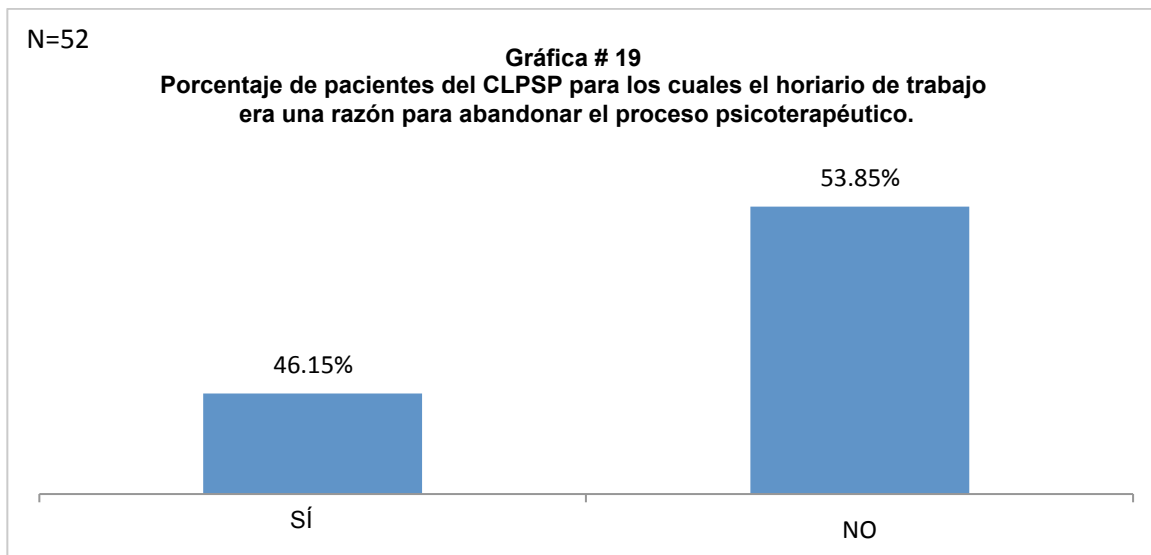


En la gráfica anterior se puede observar que el 76.92% de los pacientes del CLPSP indicaron tener problema para pagar el transporte que los llevaba hasta el centro de atención.

Un porcentaje mayor de pacientes del CLPSP tiene presupuesto para pagar el transporte para llegar al centro de atención, al compararlo con el CPISGM, este último tiene un 11.34% menor de pacientes con capacidad para pagar el transporte que lo llevaba hasta el centro de atención.



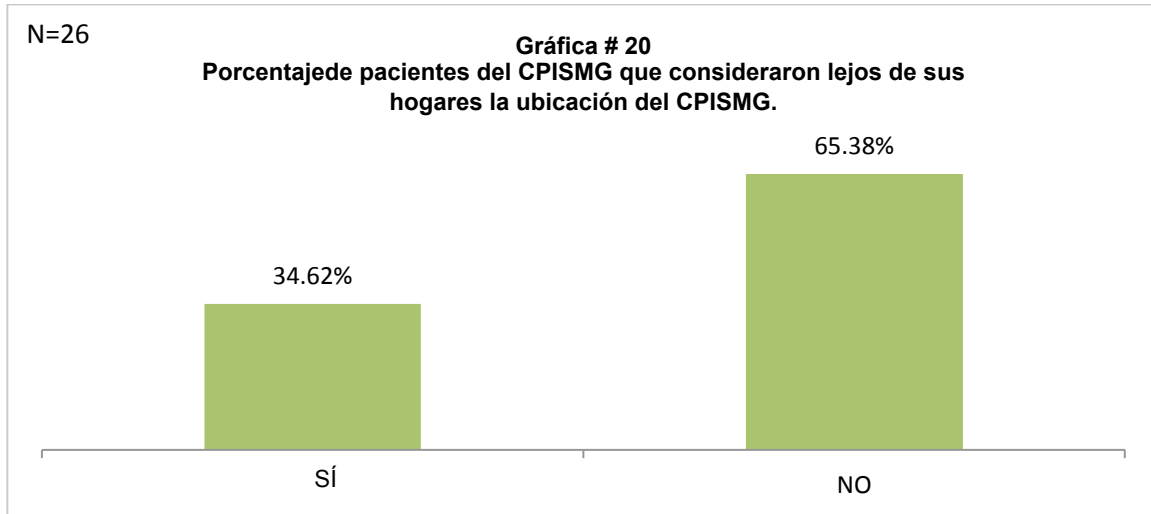
En la gráfica anterior se muestra que en el CPISMG existe un alto porcentaje de pacientes que presentan problemas para consolidar los horarios de trabajo, con los horarios en los que podían ser atendidos en el centro de atención (7 de cada diez pacientes).



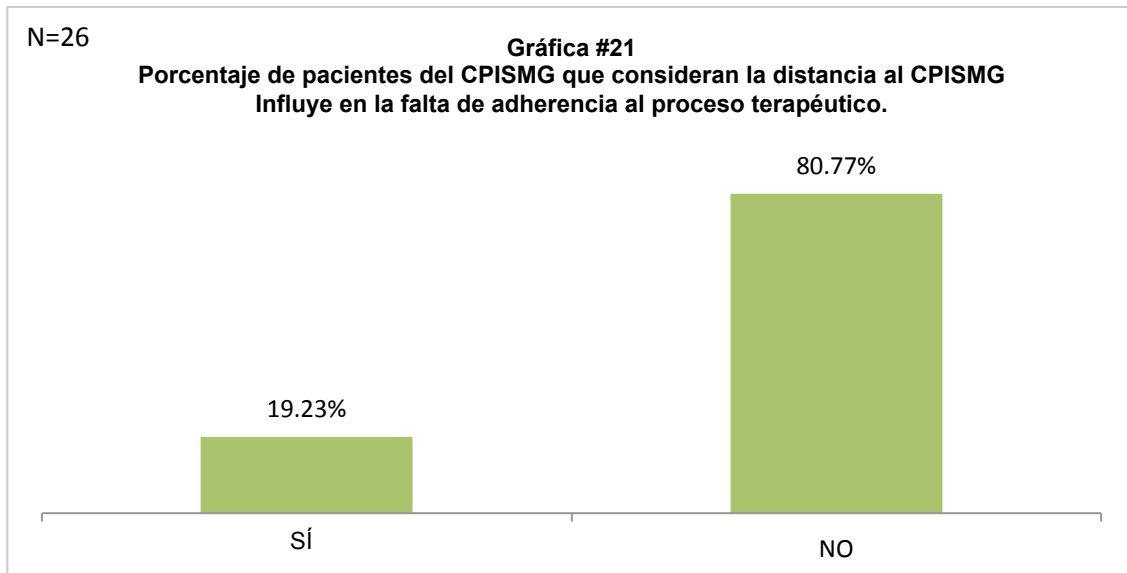
En la gráfica anterior se muestra que en el CLPSP existe un alto porcentaje de pacientes que presentan problemas para compatibilizar los horarios de trabajo, con los horarios en los que podían ser atendidos en el centro de atención (4 de cada diez pacientes). Al

comparar los dos centros de atención, se observa que el CPISMG este problema es 26.93% mayor que el CLPSP.

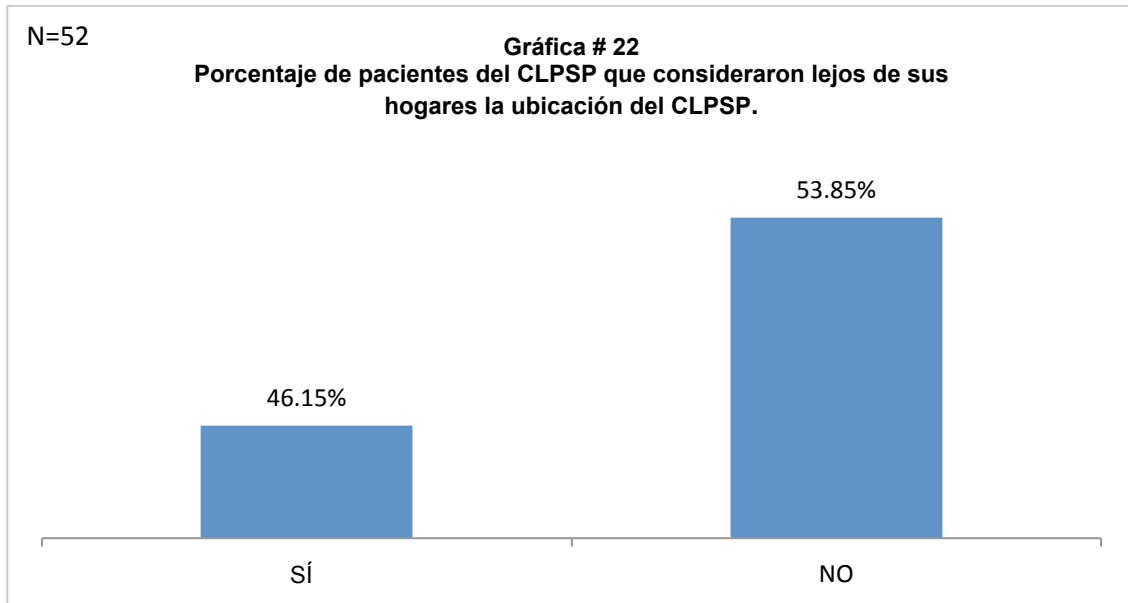
#### 4.4.2 Razones demográficas:



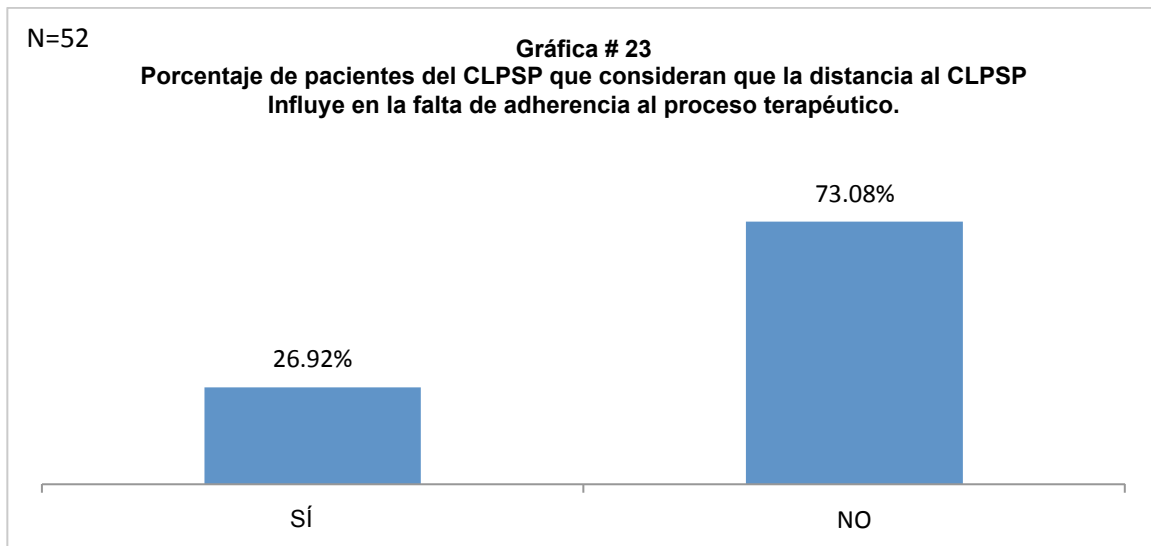
En la gráfica anterior se puede observar que el 34.62% de los encuestados en el CPISMG indicaron que consideran que la distancia entre sus hogares y el centro de atención era considerable.



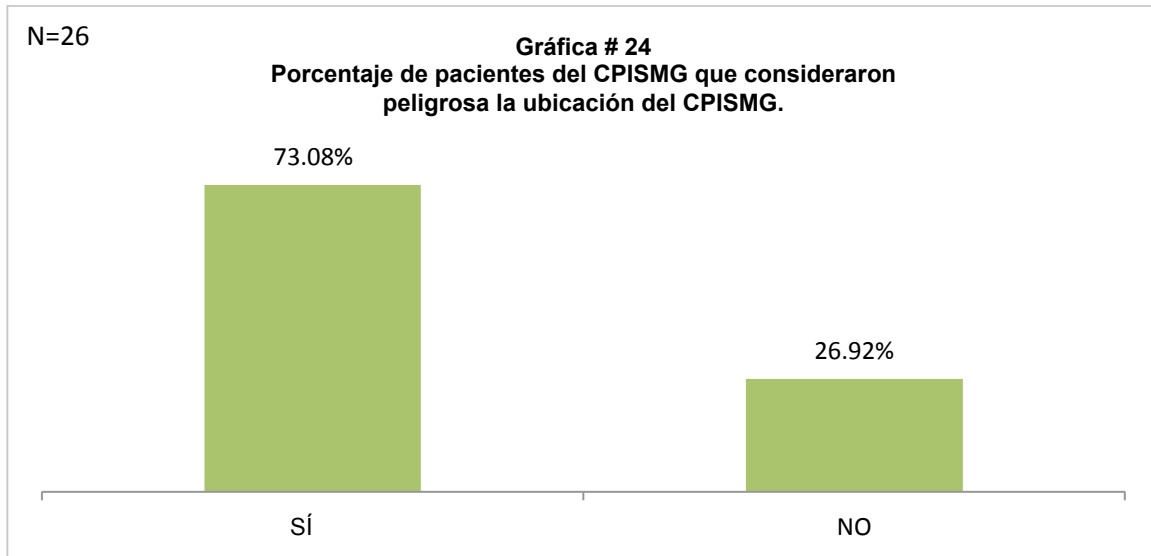
En la gráfica anterior se puede observar que el 19.23% de los encuestados consideran que la lejanía del CPISMG pudo ser un factor para el abandono del proceso terapéutico.



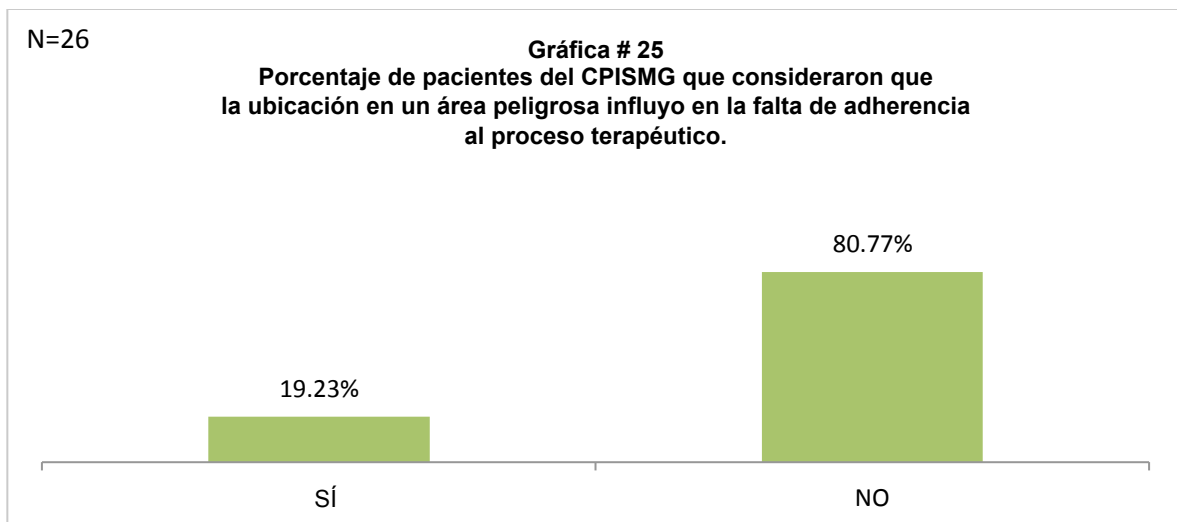
En la gráfica anterior se puede observar que el 46.15% de los encuestados en el CLPSP indicaron que consideran que la distancia entre sus hogares y el centro de atención era considerable.



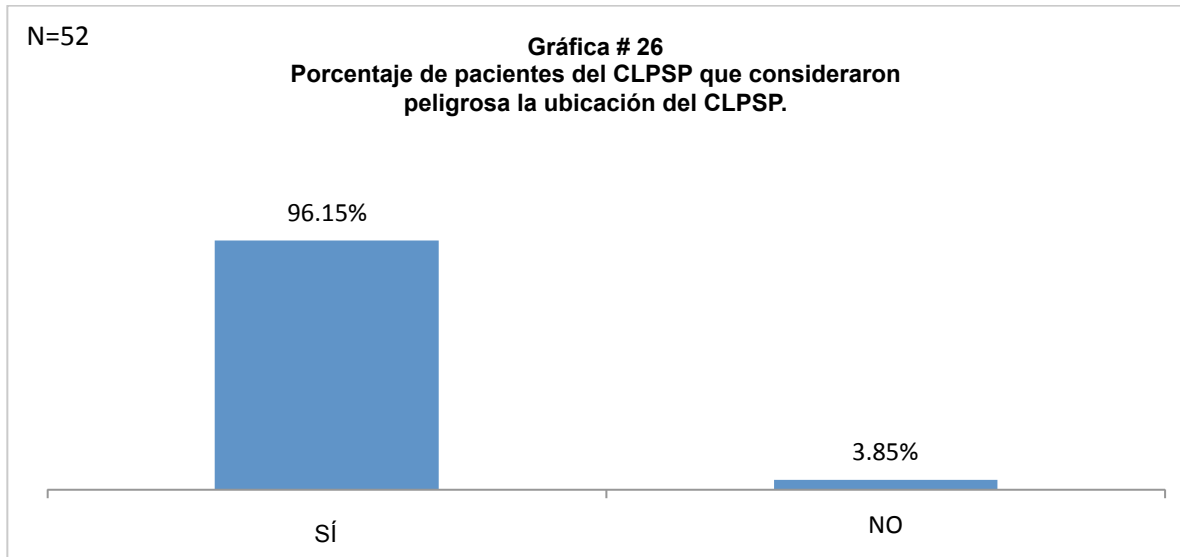
En la gráfica anterior se puede observar que el 26.92% de los encuestados en el CLPSP consideran que la lejanía del centro de atención puede ser un factor para el abandono del proceso.



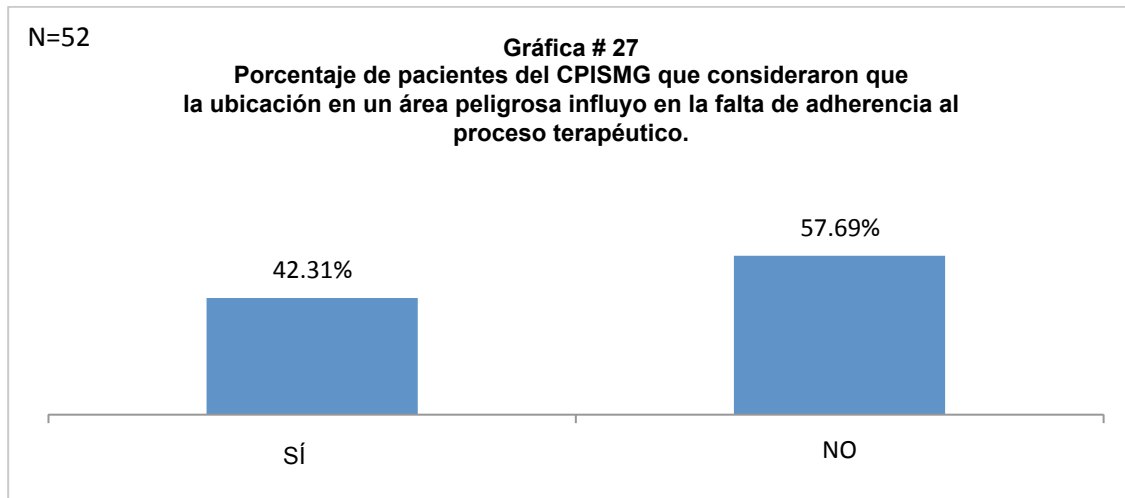
En la gráfica anterior se puede observar que el 73.08% de los encuestados en el CPISMG indicaron que consideran que su ubicación es peligrosa.



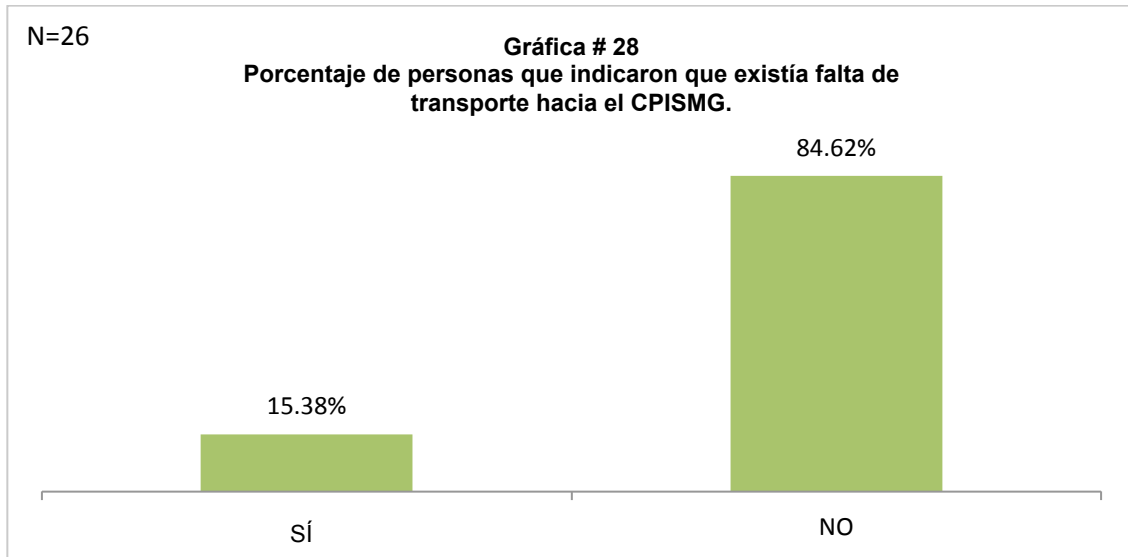
En la gráfica anterior se puede observar que el 19.23% de los entrevistados en el CPISMG consideran que la ubicación peligrosa del centro de atención tuvo relación con el abandono de su proceso terapéutico.



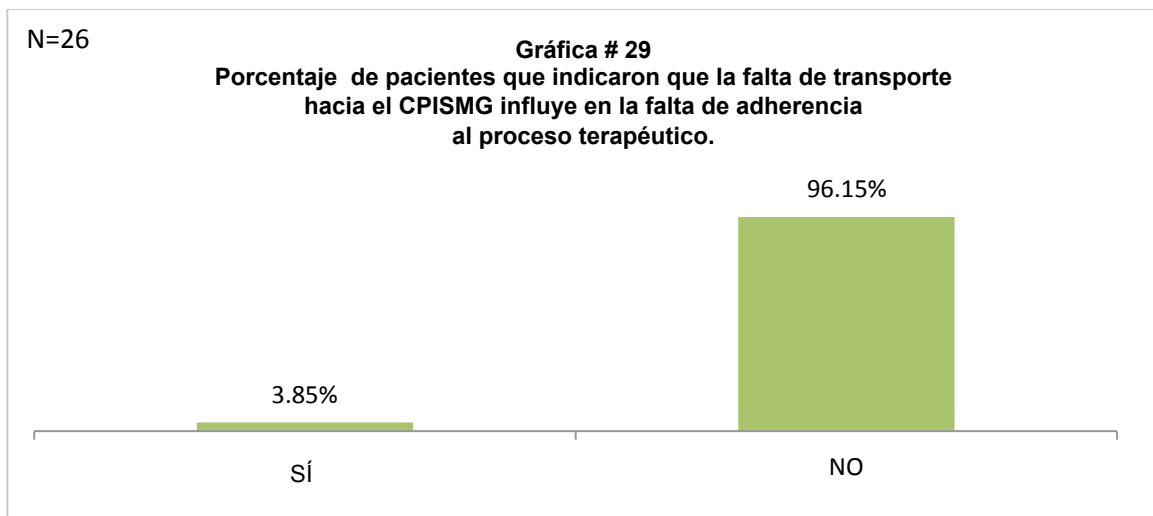
En la gráfica anterior se puede observar que el 96.15% de los encuestados en el CLPSP indicaron que consideran que la ubicación del centro de atención es peligrosa.



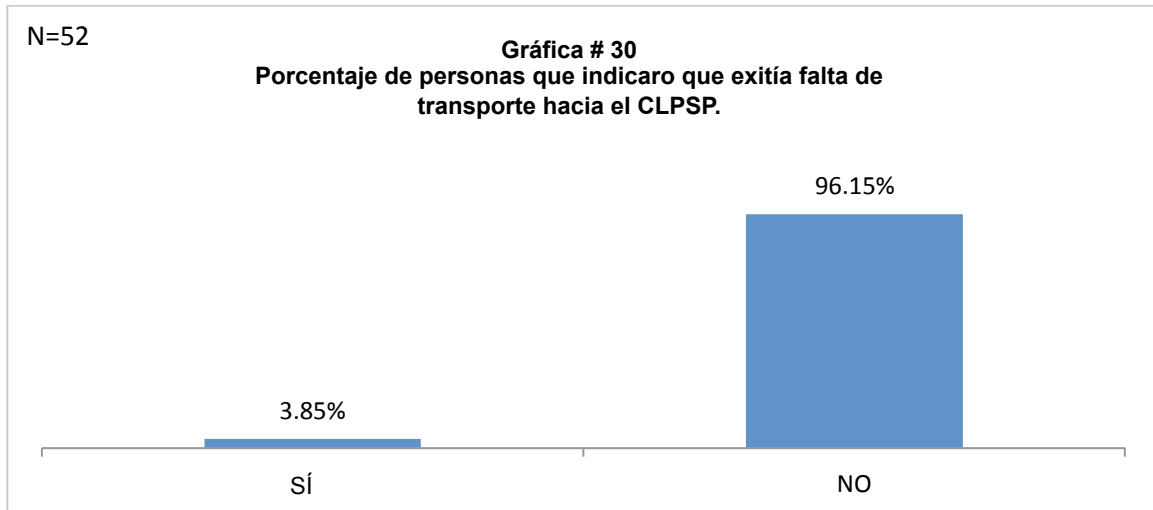
En la gráfica anterior se puede observar que el 42.31% de los encuestados en el CLPSP consideran que una ubicación peligrosa del centro de atención fue motivo para el abandono del proceso.



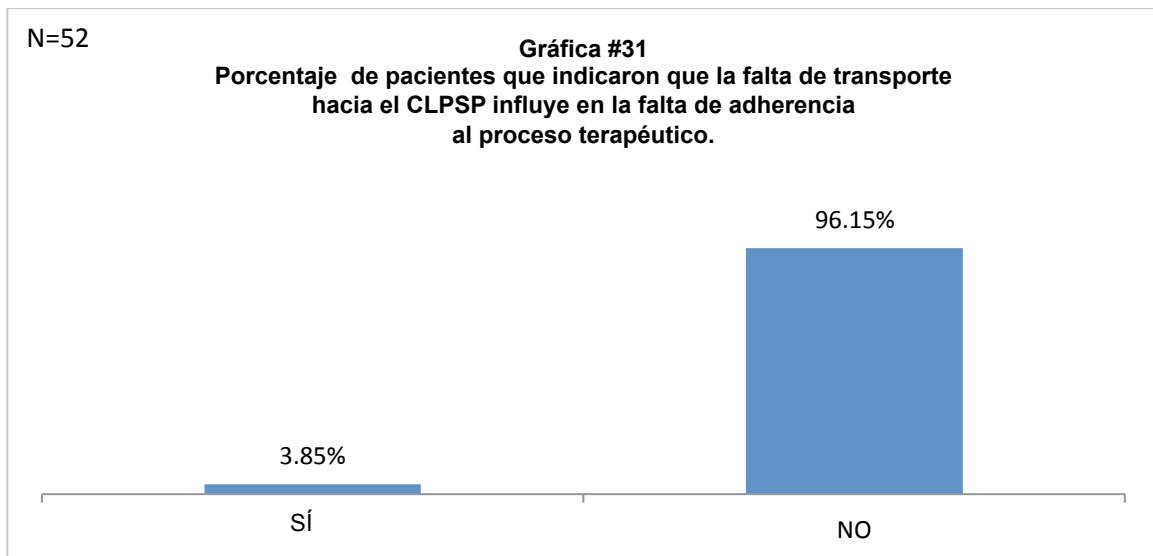
En la gráfica anterior se puede observar que el 15.38.% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que consideran que hay poco transporte de sus hogares hacia el centro de atención.



En la gráfica anterior se puede observar que el 96.15% de los encuestados en el CPISMG consideran que la falta de transporte hacia el centro de atención no favorece el abandono de su proceso terapéutico.

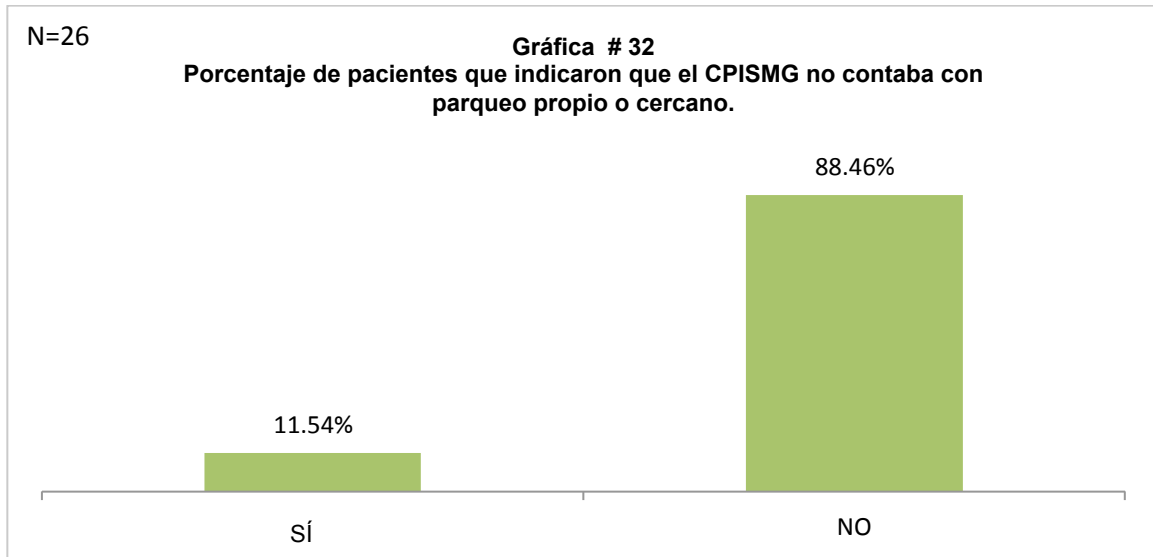


En la gráfica anterior se puede observar que el 15.38.% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que consideran que hay poco transporte de sus hogares hacia el centro de atención.

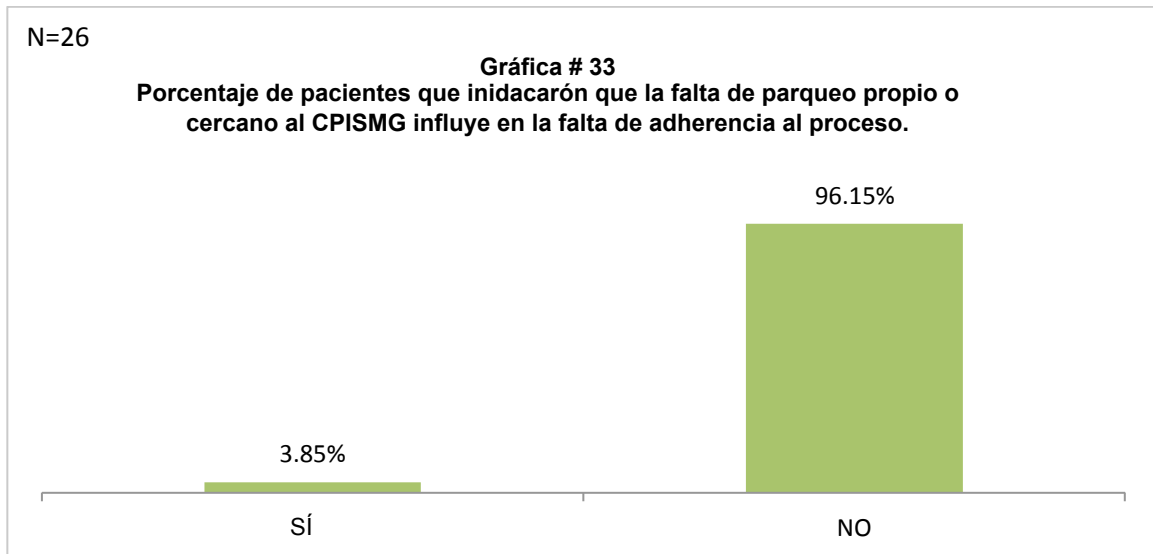


En la gráfica anterior se puede observar que el 3.85% de los encuestados en el CLPSP consideran que la falta de transporte hacia el centro de atención favorece el abandono de su proceso.

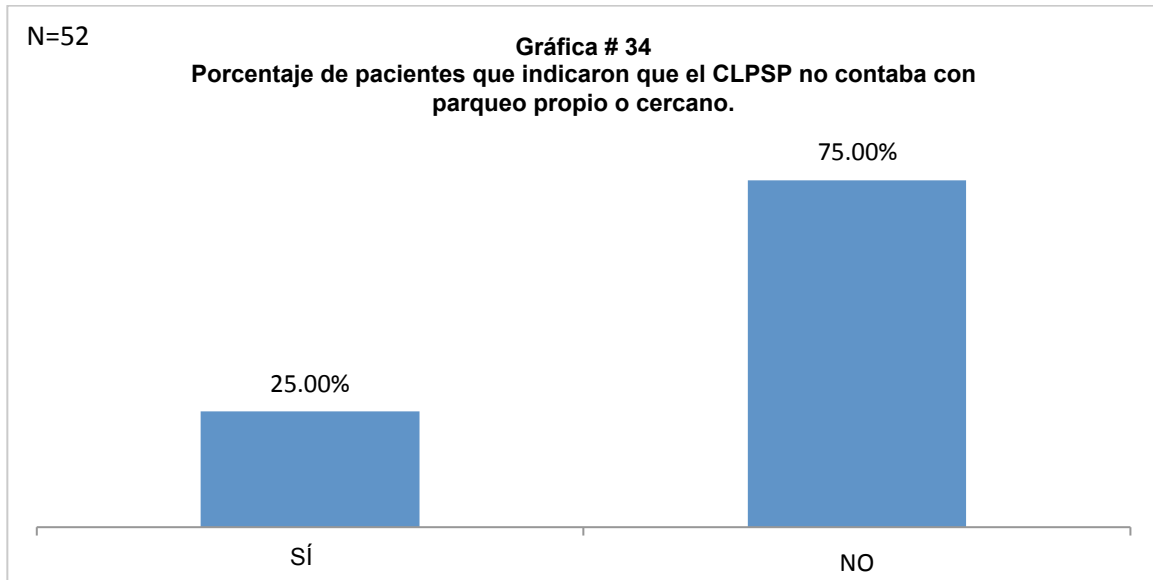




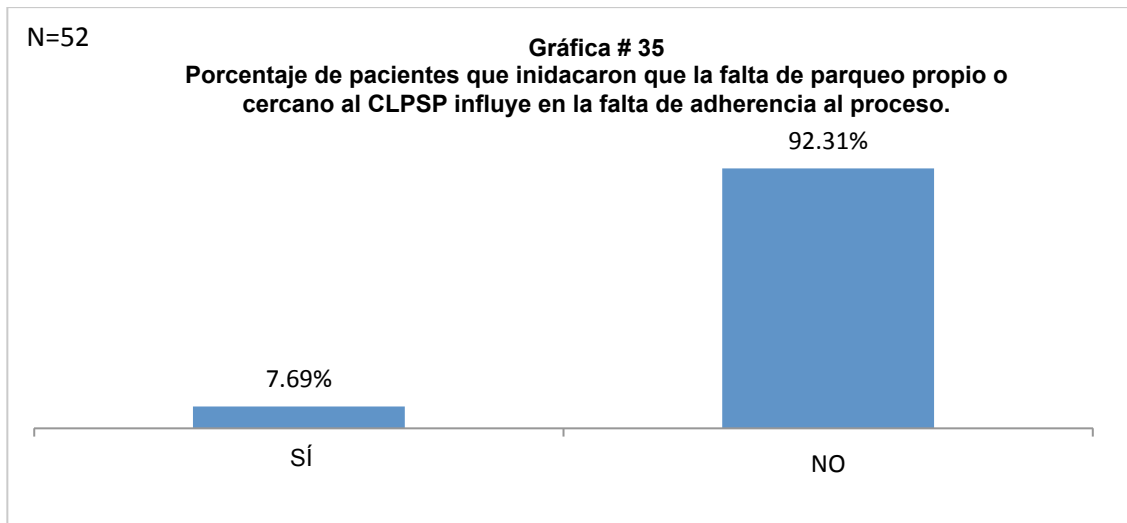
En la gráfica anterior se puede observar que el 11.54% de los entrevistados en el CPISMG indicaron no hay un lugar propio o cercano en el centro para estacionarse.



En la gráfica anterior se puede observar que el 3.85% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que la falta de parqueo propio es un motivo para abandonar el proceso.

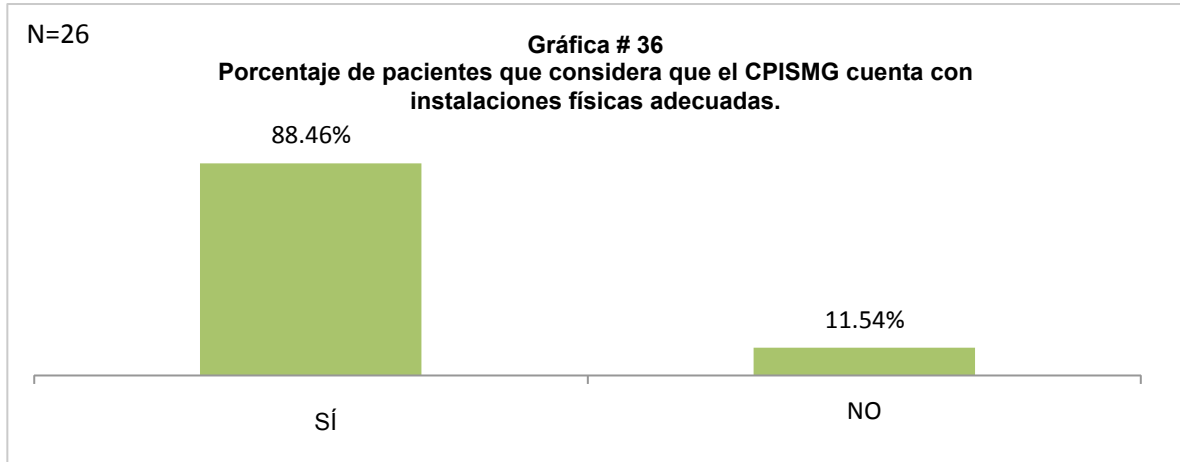


En la gráfica anterior se puede observar que el 25% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que no hay un lugar propio del centro para estacionarse.

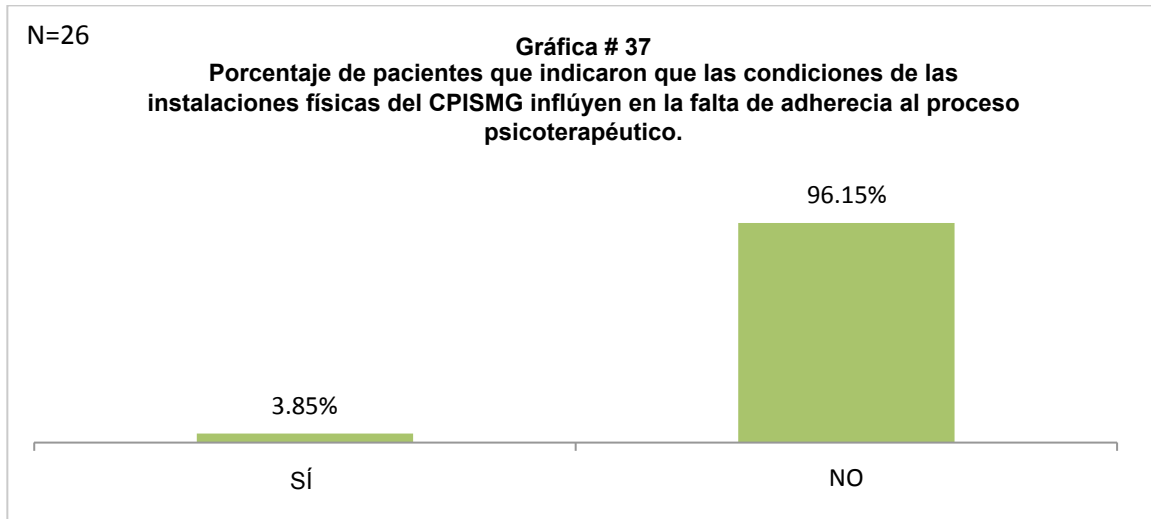


En la gráfica anterior se puede observar que el 7.69% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que la falta de parqueo propio es un motivo para abandonar su proceso terapéutico.

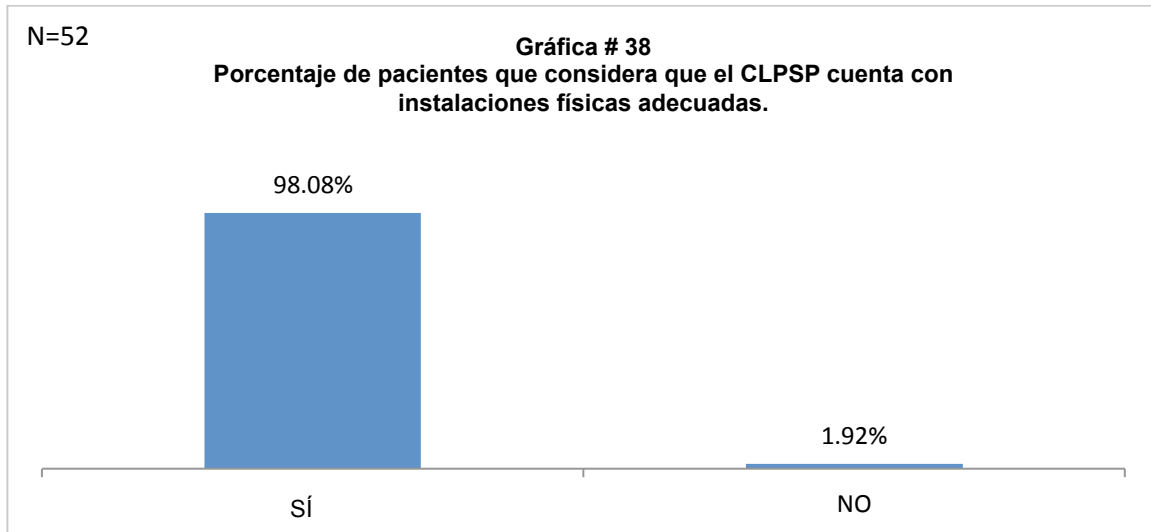
#### 4.4.3 Razones relacionadas al centro de atención:



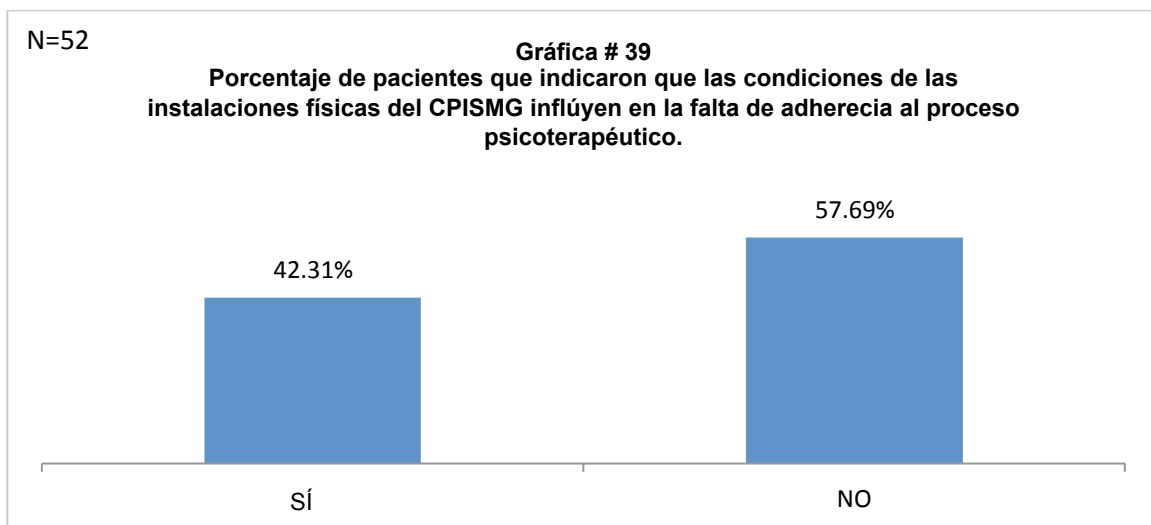
En la gráfica anterior se puede observar que el 11.54% de los encuestados en el CPISMG consideran que el centro no cuenta con instalaciones adecuadas para prestar el servicio.



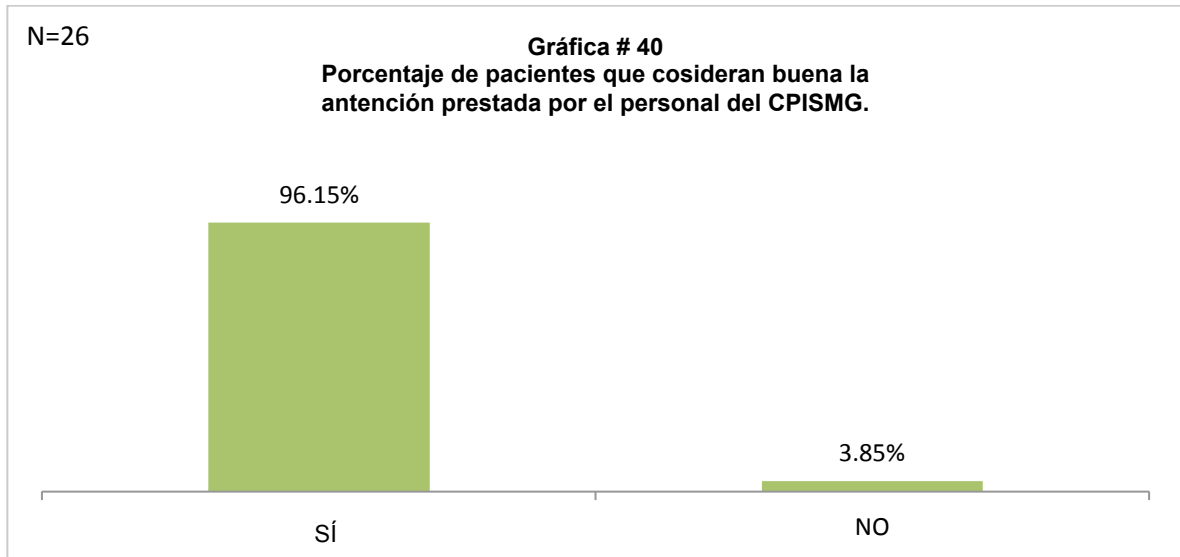
En la gráfica anterior se puede observar que el 3.85% de los encuestados en el CPISMG indicaron que la falta de instalaciones adecuadas es un motivo para el abandono del proceso terapéutico.



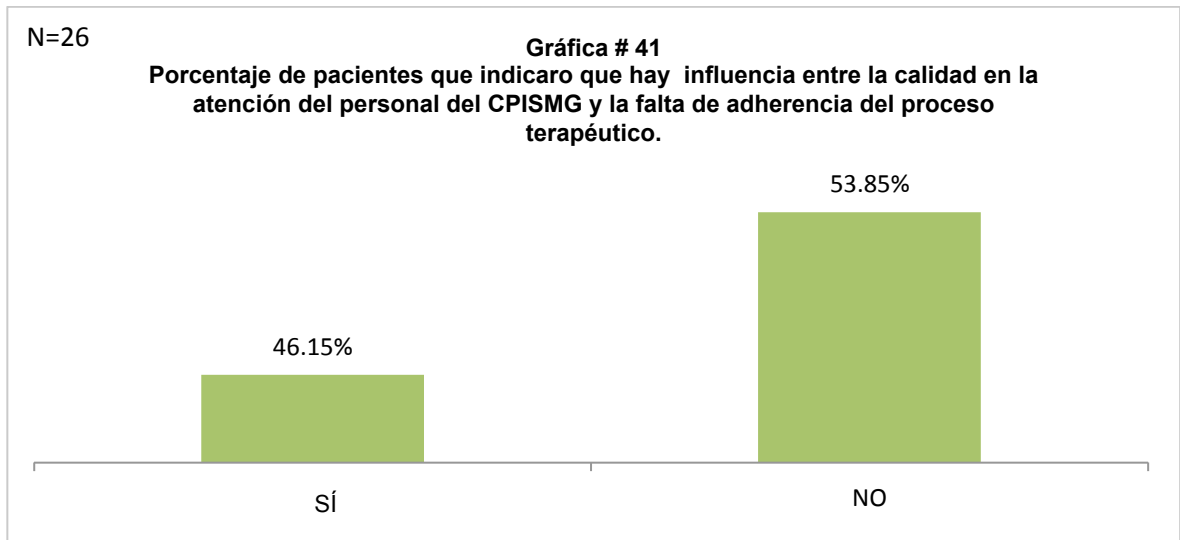
En la gráfica anterior se puede observar que el 1.92% de los entrevistados en el CLPSP consideran que el centro no cuenta con instalaciones adecuadas para prestar el servicio.



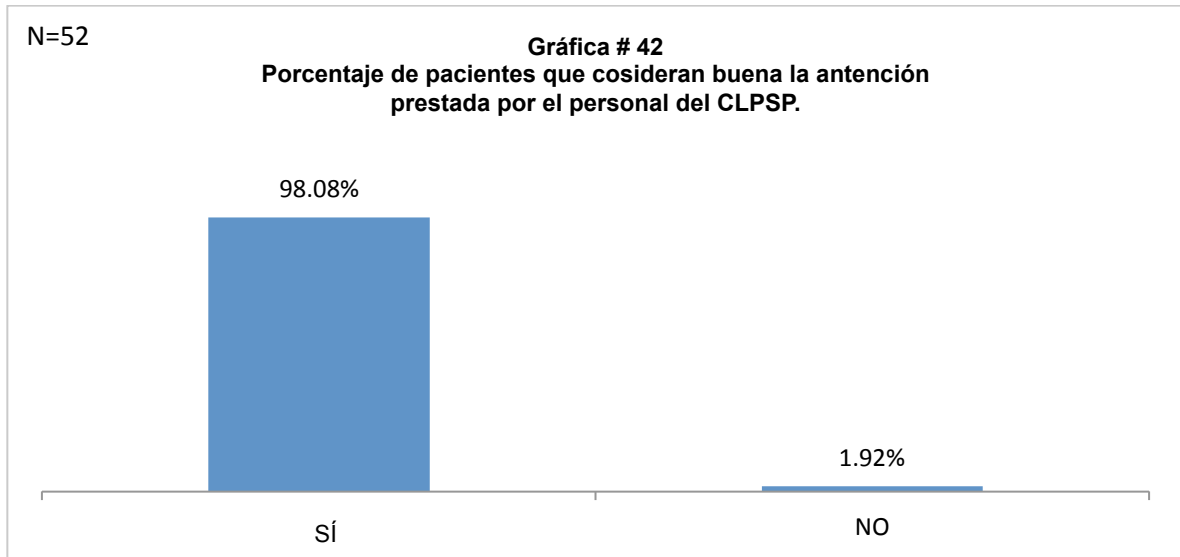
En la gráfica anterior se puede observar que el 42.31% de los encuestados en el CLPSP indicaron que la falta de instalaciones adecuadas es un motivo para el abandono del proceso terapéutico.



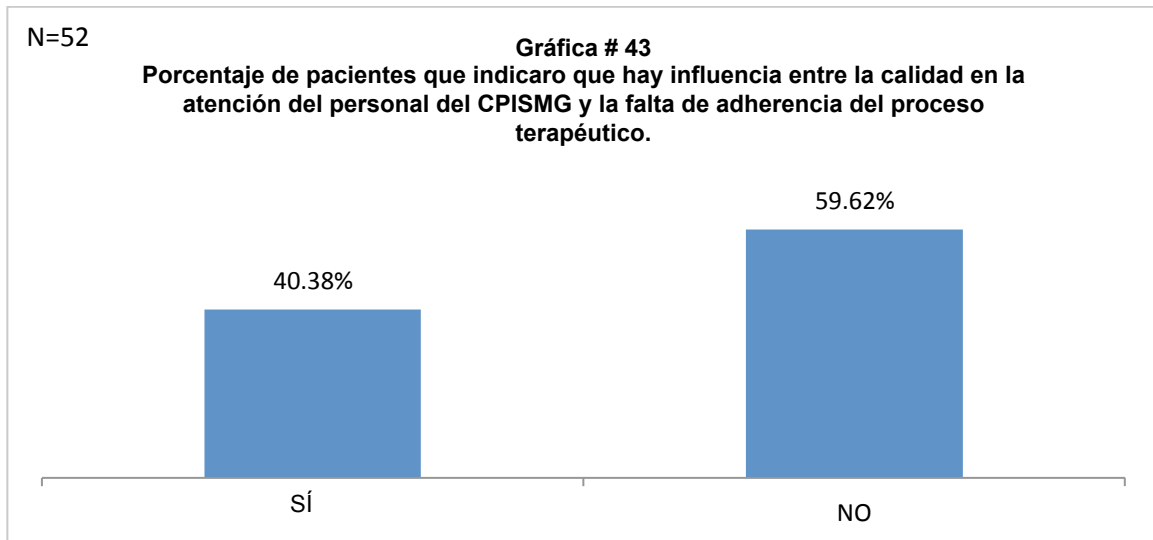
En la gráfica anterior se puede observar que el 96.15% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que consideran buena la atención del personal.



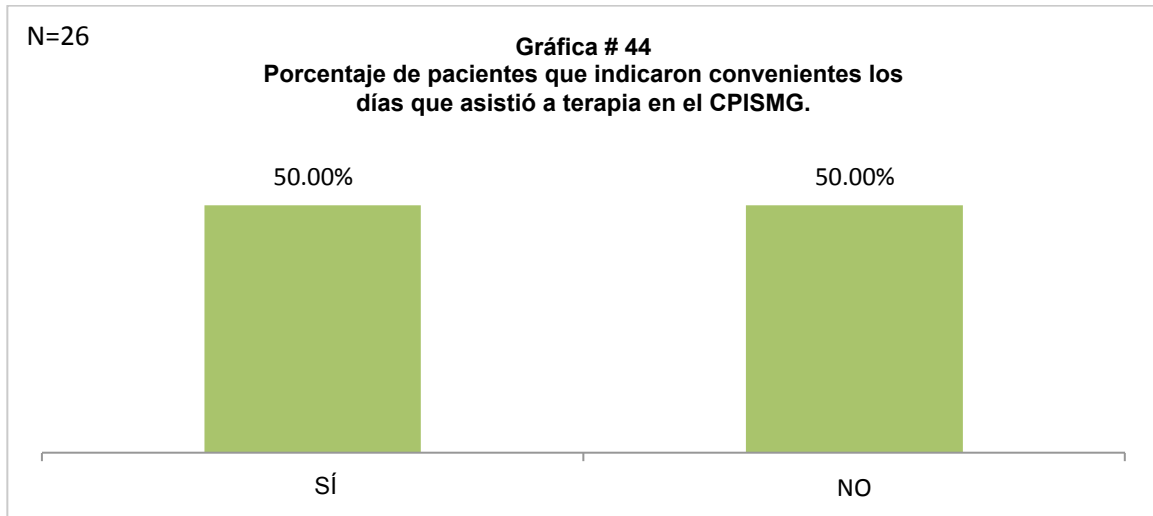
En la gráfica anterior se puede observar que el 46.15% de los encuestados en el CPISMG indicaron que la mala atención del personal es un motivo para el abandono de su proceso.



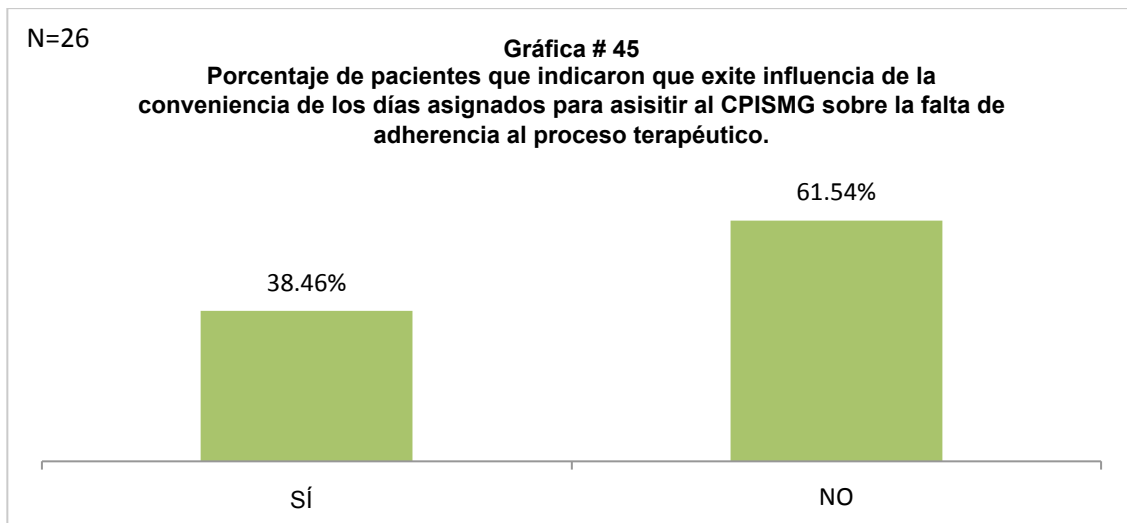
En la gráfica anterior se puede observar que el 98.08% de los entrevistados en el CLPSP consideran buena la atención recibida por parte del personal.



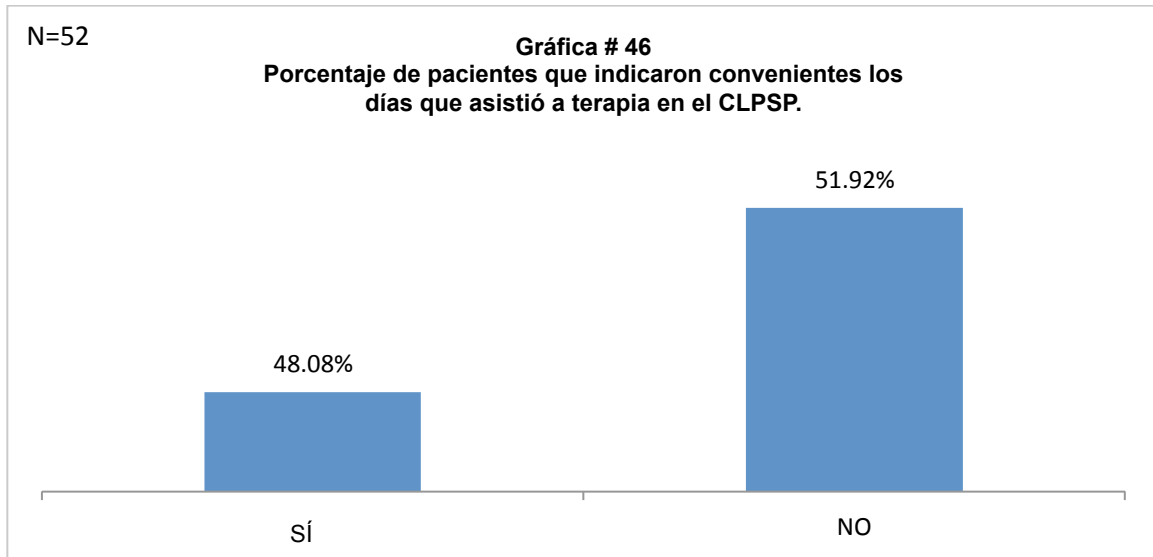
En la gráfica anterior se puede observar que el 46.15% de los encuestados en el CLPSP indicaron que la mala atención del personal es un motivo para el abandono de su proceso.



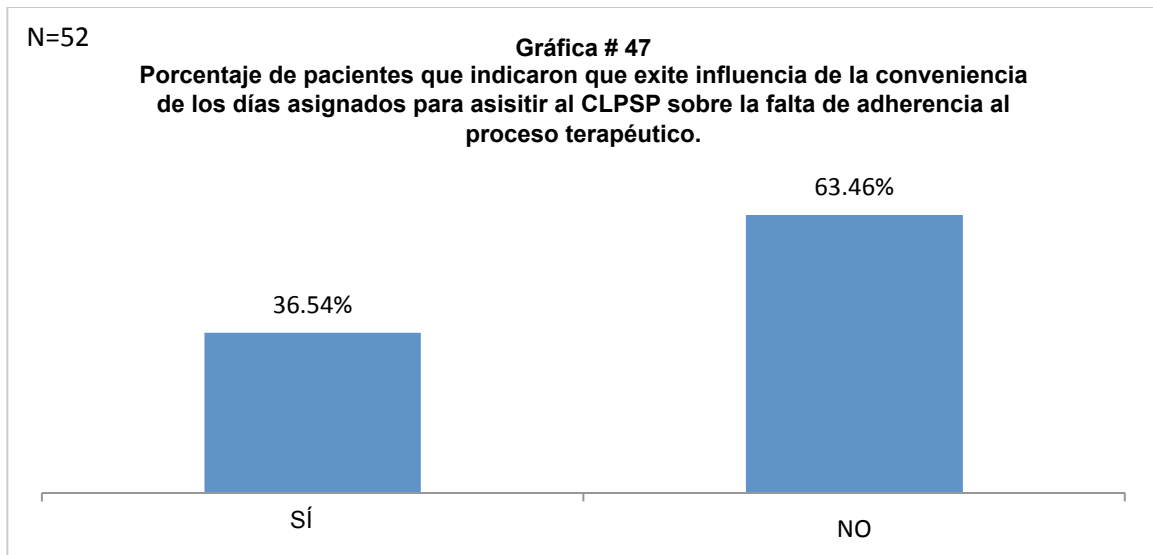
En la gráfica anterior se puede observar que el 50% de los encuestados en el CPISMG consideran conveniente el día que se les asignó para el proceso psicoterapéutico.



En la gráfica anterior se puede observar que el 38.46% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que un día inconveniente para asistir a su terapia es motivo para el abono del proceso terapéutico.

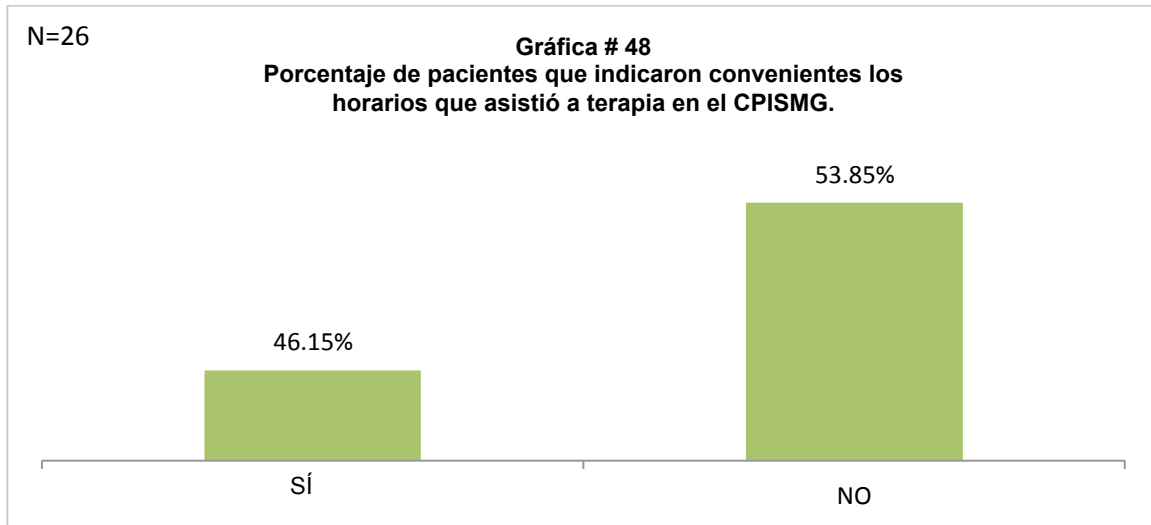


En la gráfica anterior se puede observar que el 51.92% de los encuestados en el CLPSP indicaron que consideran conveniente el día que se les asignó para el proceso psicoterapéutico.

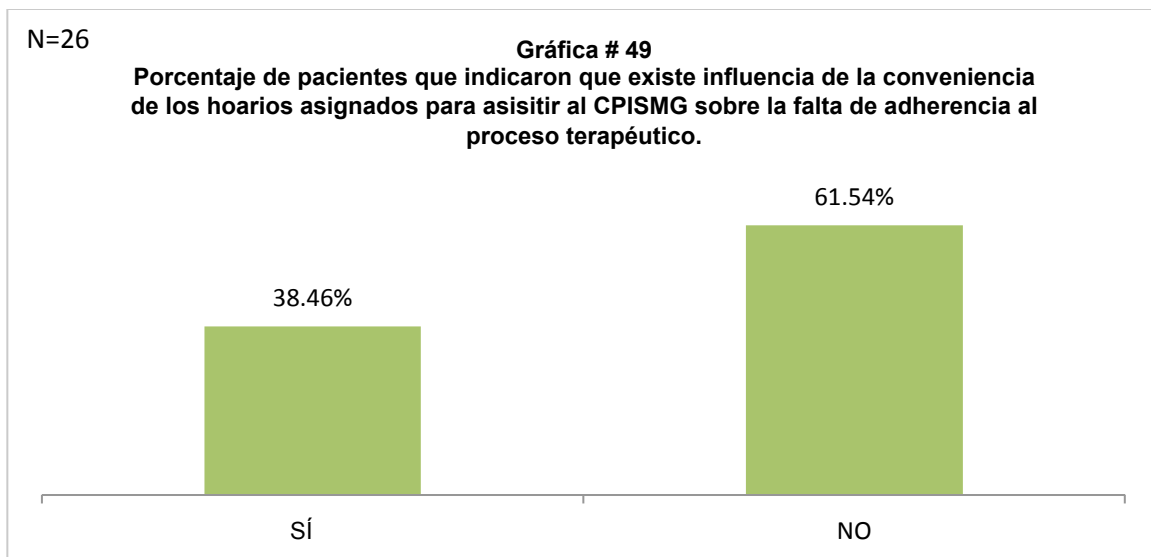


En la gráfica anterior se puede observar que el 36.54% de los encuestados en el CLPSP indicaron que un día inconveniente para asistir a su terapia es motivo para el abandono del proceso terapéutico.

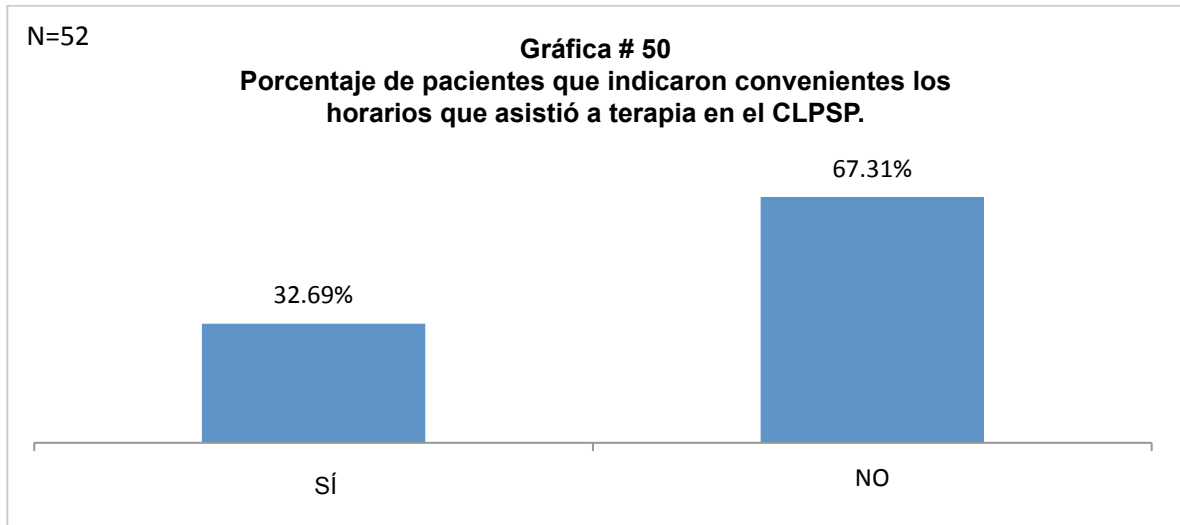




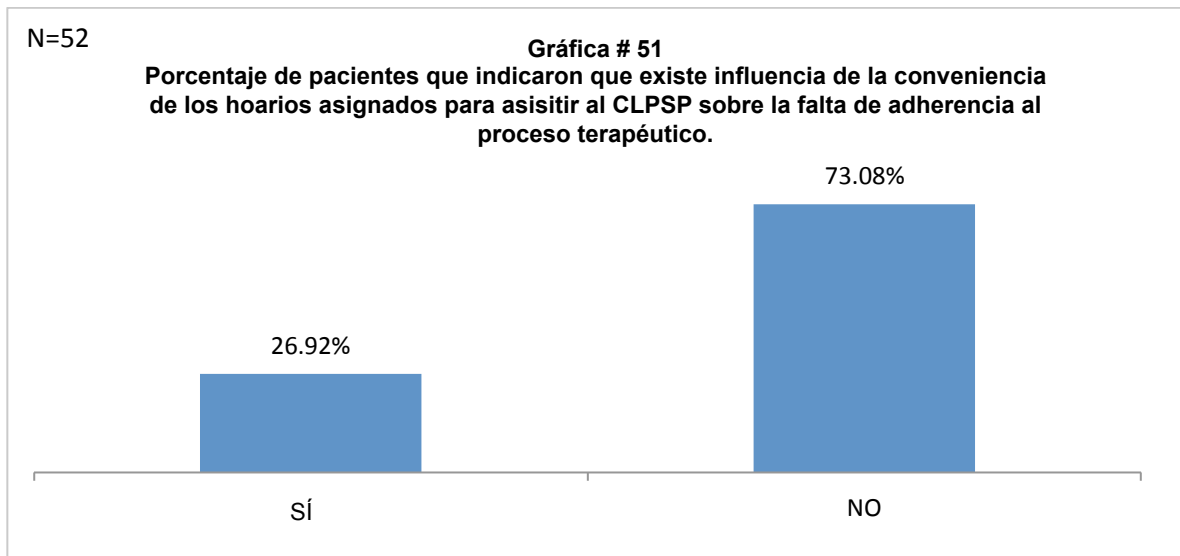
En la gráfica anterior se puede observar que el 46.15% de los entrevistados en el CPISMG consideran conveniente el horario que se les asignó para el proceso de psicoterapia.



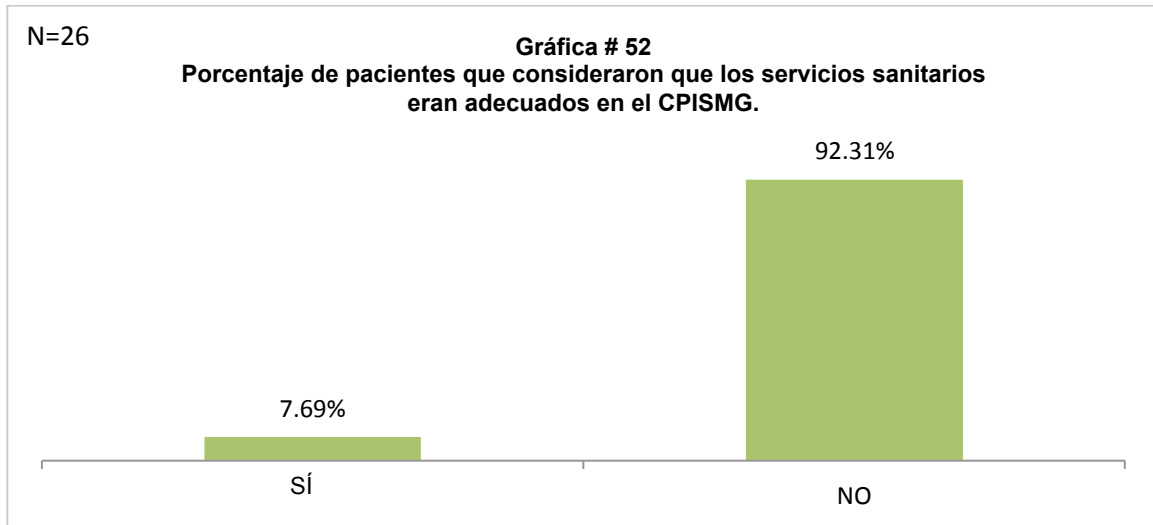
En la gráfica anterior se puede observar que el 38.46% de los encuestados en el CPISMG indicaron que un horario inconveniente para asistir a la terapia es motivo para el abono del proceso psicoterapéutico.



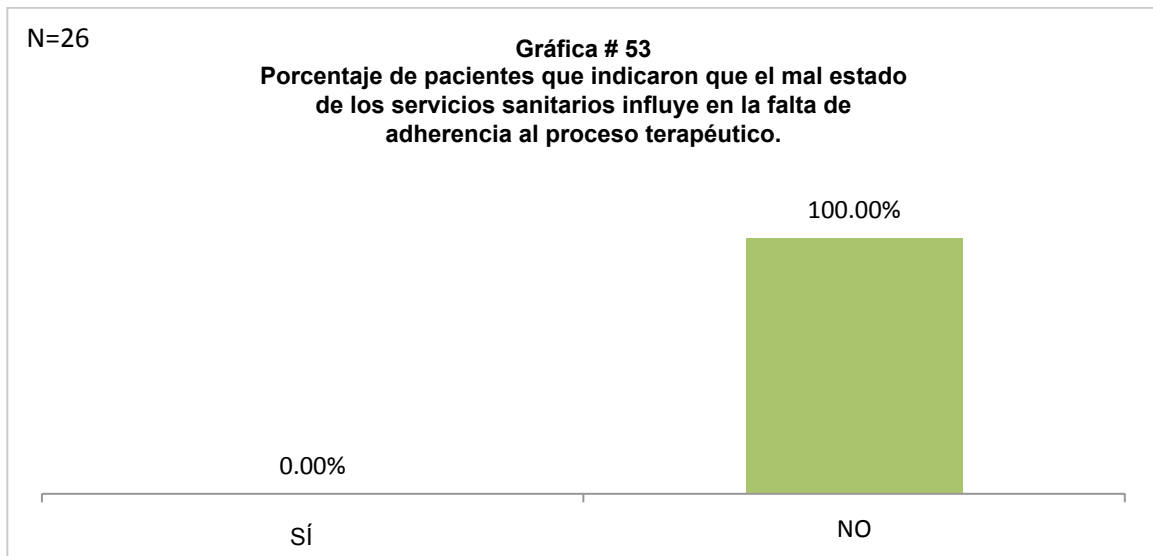
En la gráfica anterior se puede observar que el 32.69% de los encuestados en el CLPSP consideran conveniente el horario que se les asignó para el proceso terapéutico.



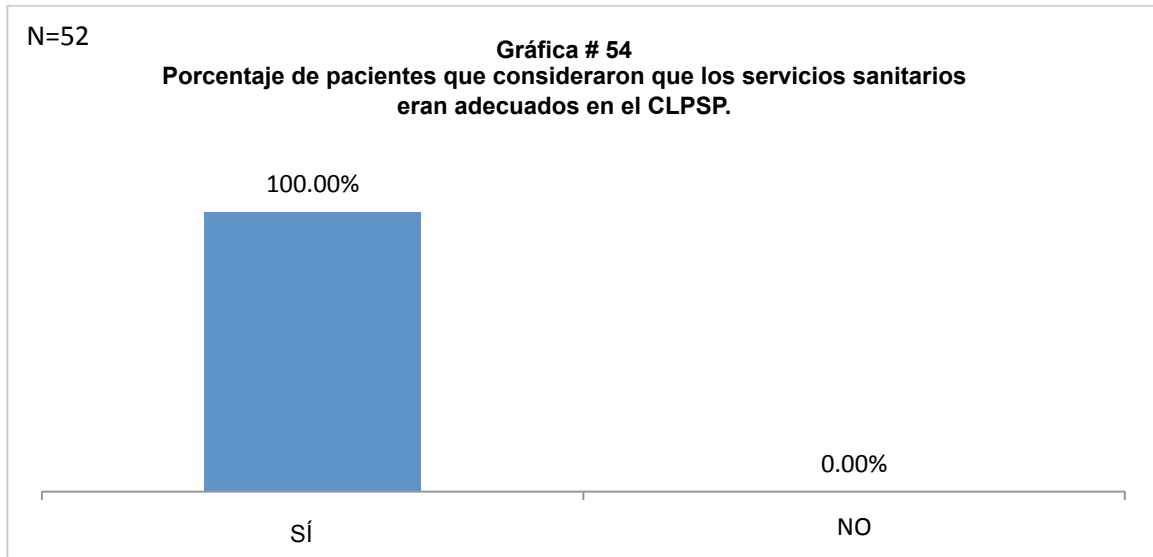
En la gráfica anterior se puede observar que el 26.92% de los encuestados en el CLPSP indicaron que un horario poco conveniente es un motivo para abandonar el proceso.



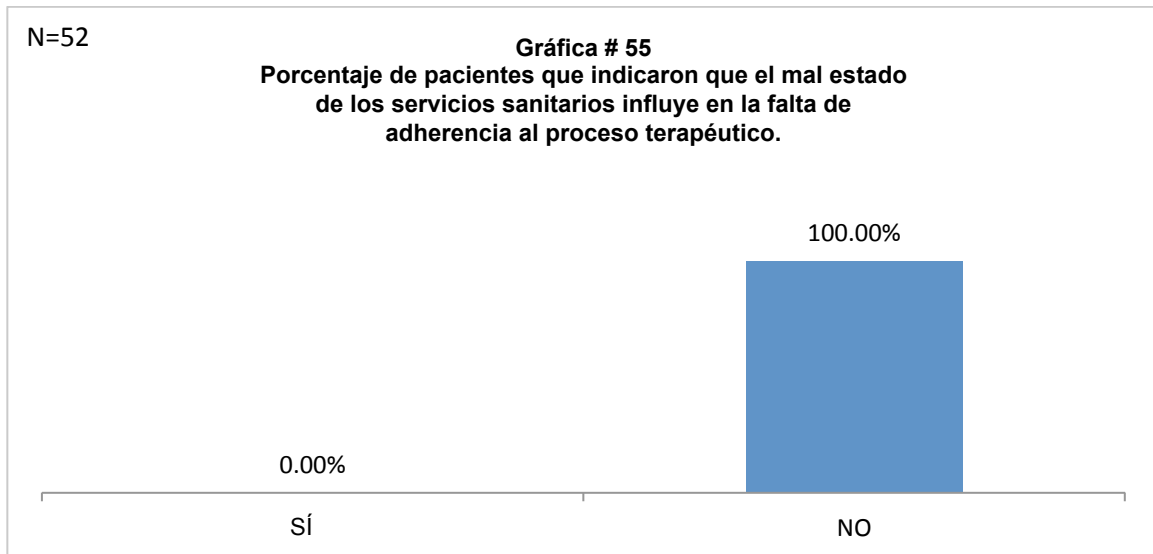
En la gráfica anterior se puede observar que el 7.69% de los entrevistados en el CPISMG consideraban que los servicios sanitarios se encontraban en un estado adecuado.



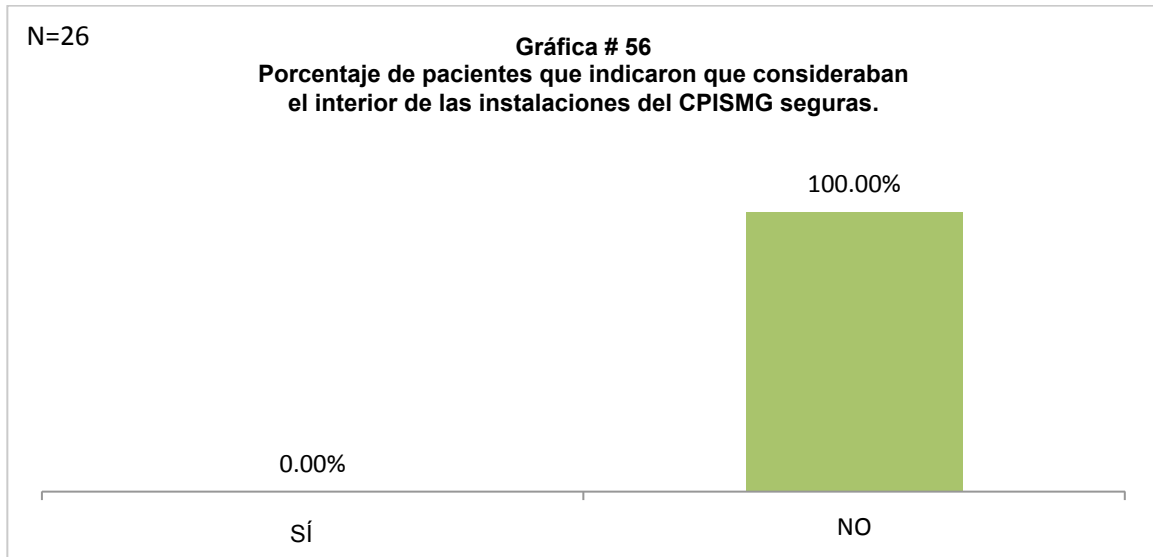
En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los encuestados en el CPISMG indicaron que el hecho de que los servicios sanitarios pudieran estar en mal estado no sería un motivo para abandonar el proceso terapéutico.



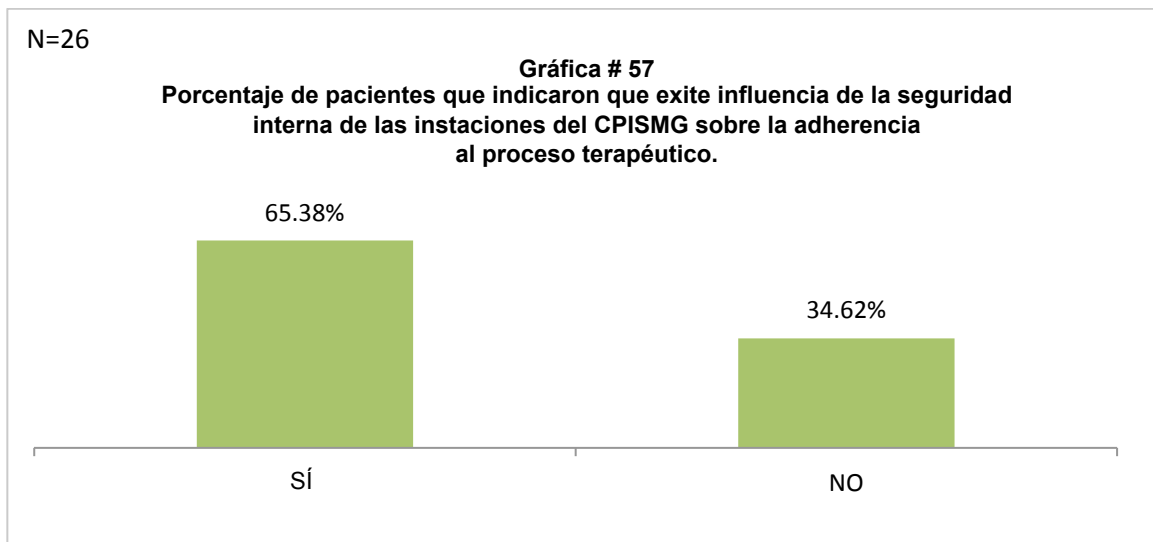
En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los encuestados en el CLPSP consideraban que los servicios sanitarios se encontraban en buen estado.



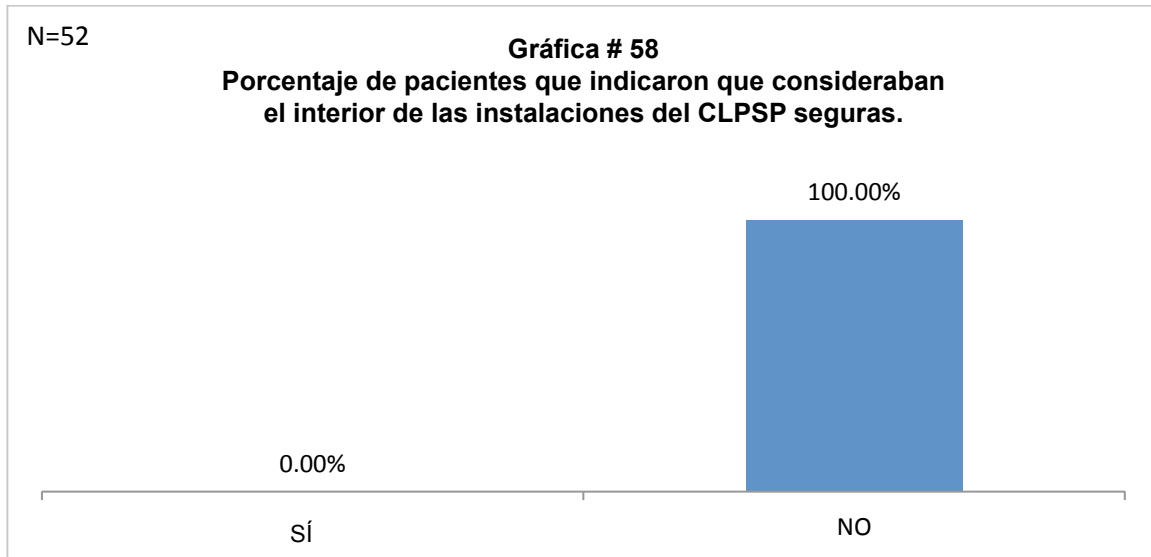
En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que el hecho de que los servicios sanitarios pudieran estar en mal estado no sería un motivo para abandonar su proceso terapéutico.



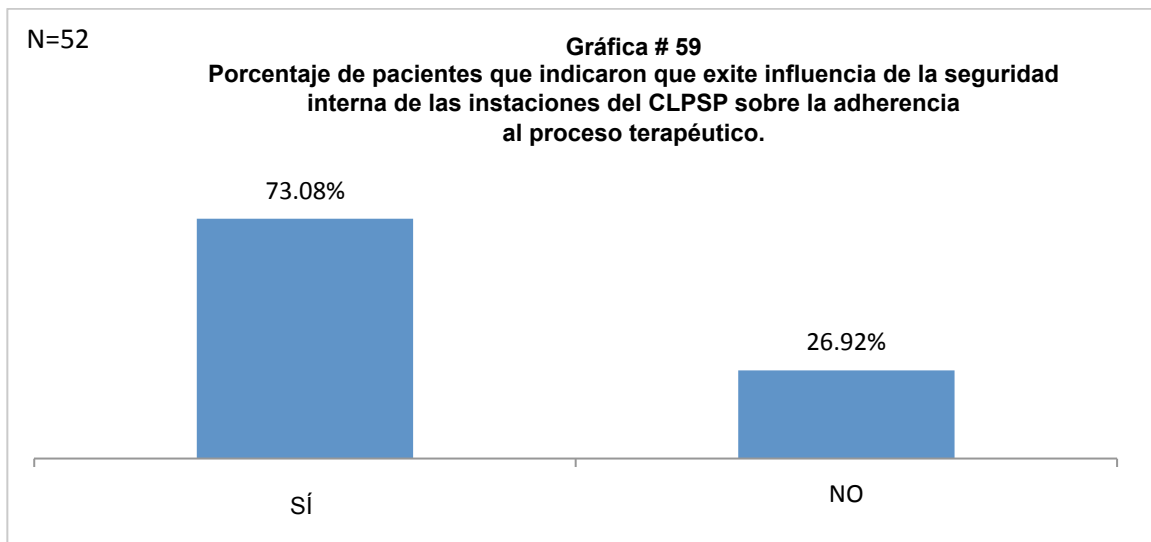
En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los encuestados en el CPISMG consideraban seguras las instalaciones del centro.



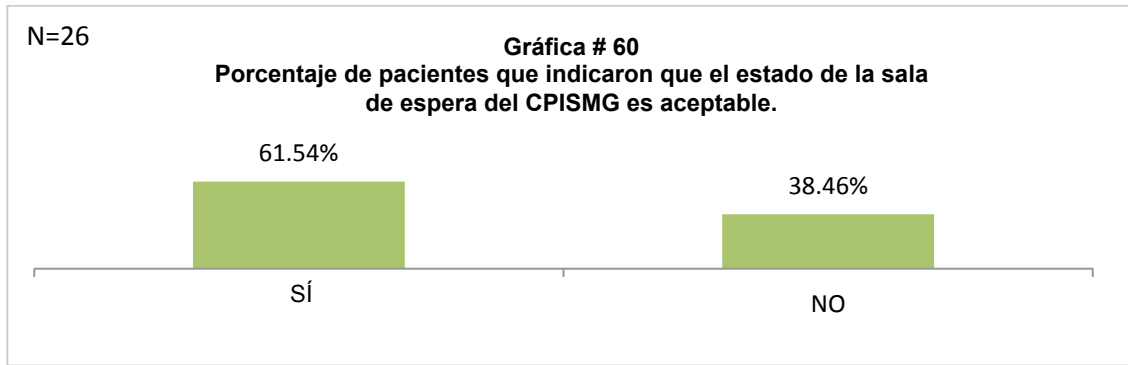
En la gráfica anterior se puede observar que el 65.38% de los encuestados en el CPISMG indicaron que de ser inseguras las instalaciones esto sería un motivo para el abandono del proceso terapéutico.



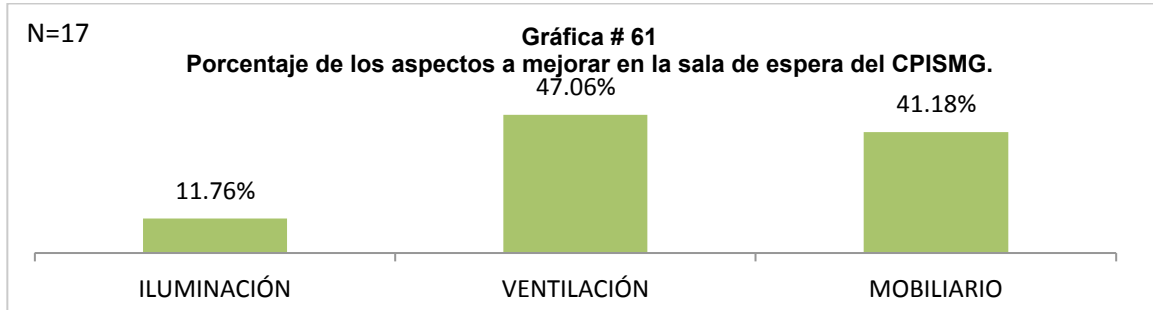
En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los entrevistados en el Centro CLPSP consideran seguras las instalaciones del centro.



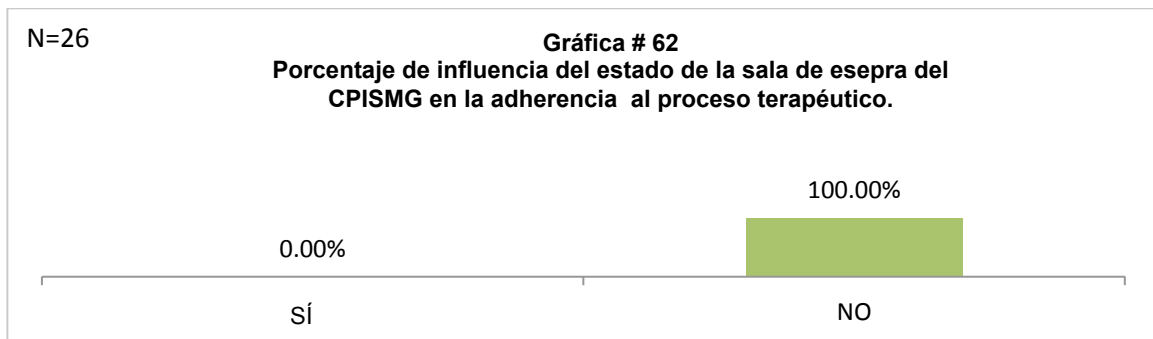
En la gráfica anterior se puede observar que el 73.08% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que de ser inseguras las instalaciones esto sería un motivo para el abandono del proceso psicoterapéutico.



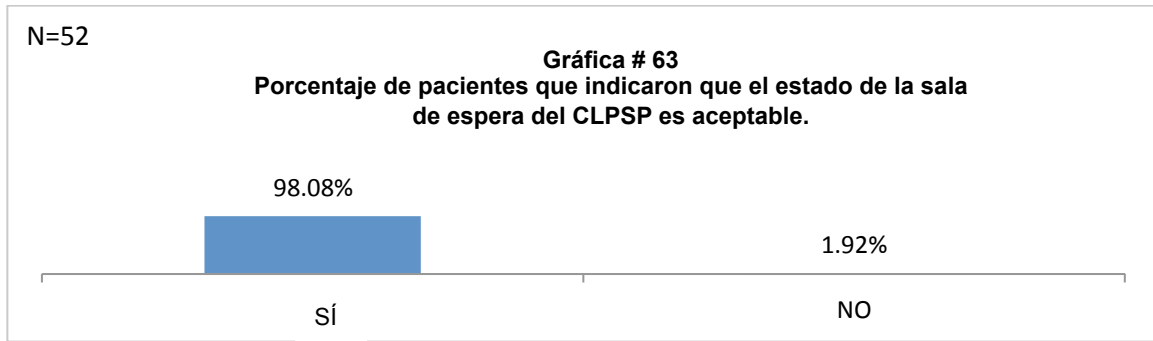
En la gráfica anterior se puede observar que el 61.54% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que consideraban adecuadas las instalaciones de la sala de espera.



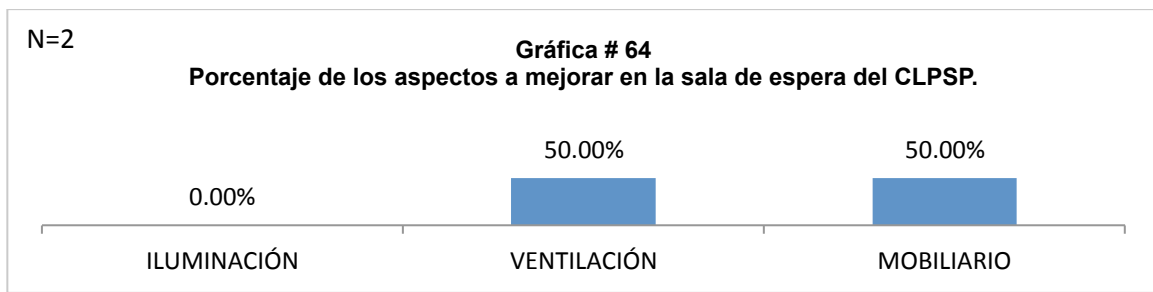
En la gráfica anterior se puede observar que el 47.06% de los encuestados en el CPISMG indicaron que el aspecto más importante a mejora en la sala de espera es la ventilación.



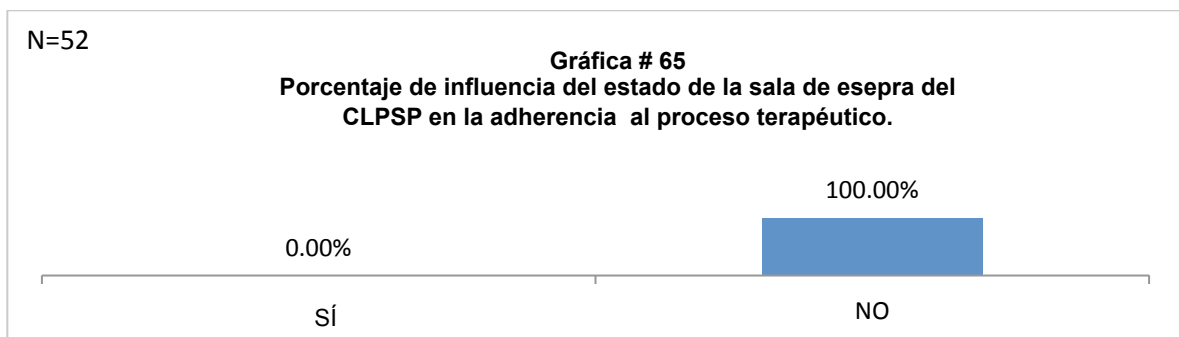
En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que el estado de la sala de espera no influiría en cuanto a abandonar el proceso psicoterapéutico.



En la gráfica anterior se puede observar que el 98.08% de los encuestados en el CLPSP consideran adecuadas las instalaciones de la sala de espera.

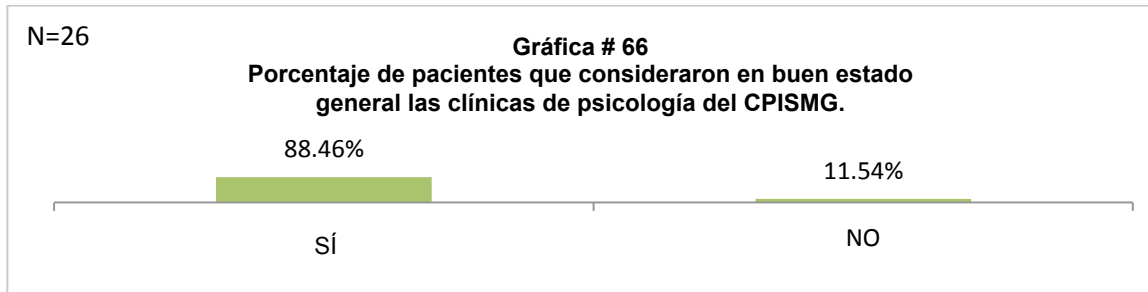


En la gráfica anterior se puede observar que el 50.00% de los encuestados en el CLPSP indicaron que el aspecto más importante a mejorar en la sala de espera es la ventilación.

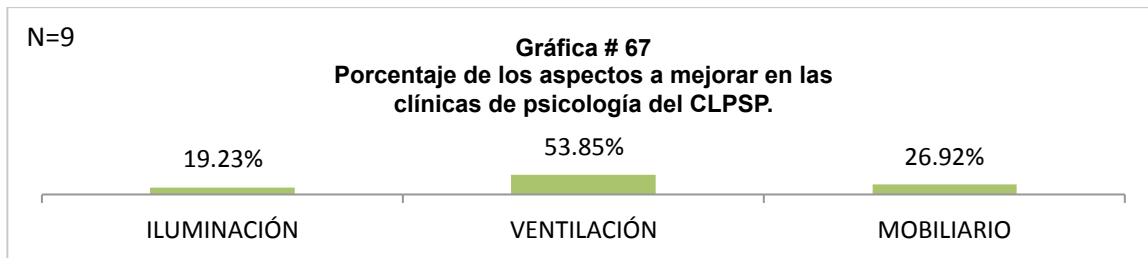


En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que el estado de la sala de espera no influiría en cuanto a abandonar el proceso psicoterapéutico.

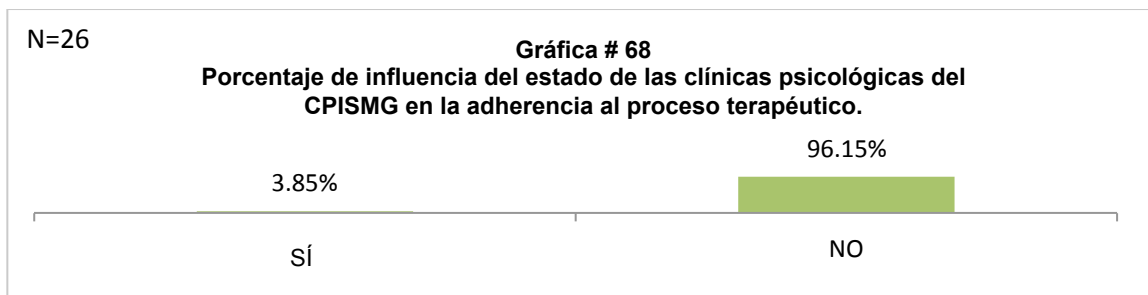




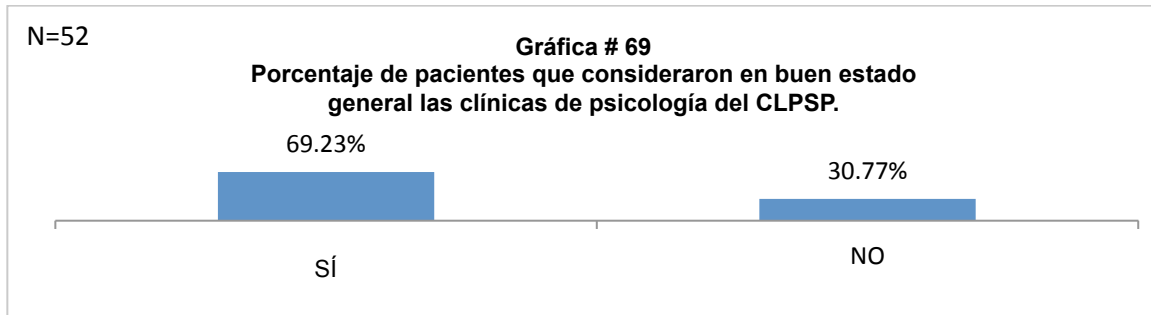
En la gráfica anterior se puede observar que el 88.46% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que consideraban adecuadas las instalaciones de las clínicas de psicología.



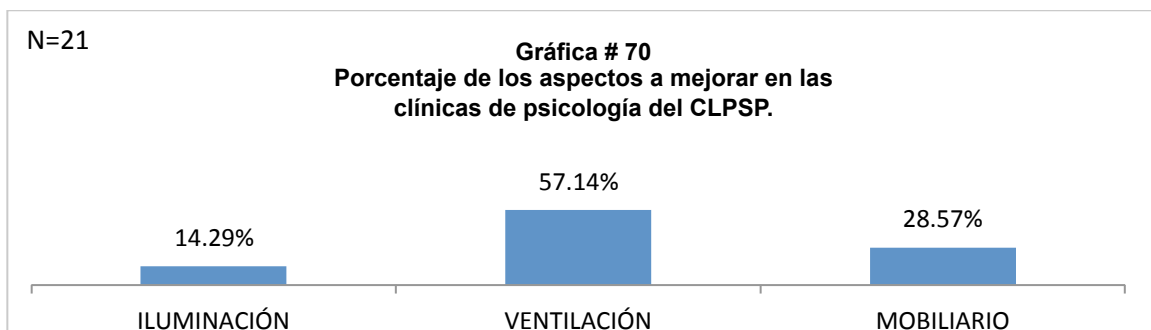
En la gráfica anterior se puede observar que el 53.00% de los encuestados en el CLPSP indicaron que el aspecto más importante a mejora en las clínicas de psicología es la ventilación, seguido por un 26.92% en relación al mobiliario y un 19.23% en cuanto a la iluminación.



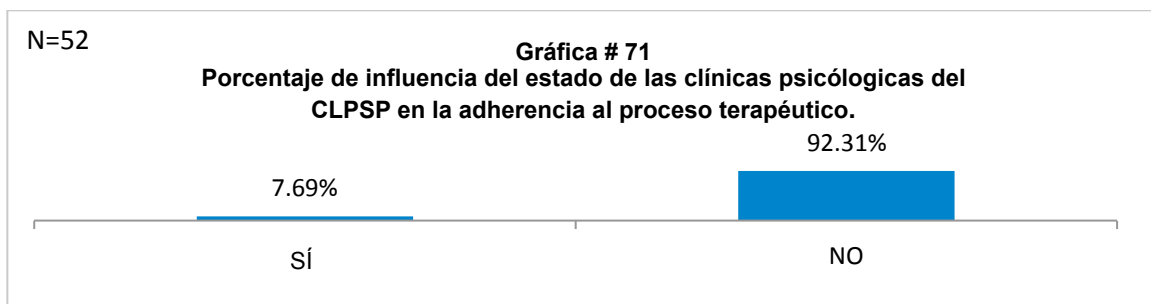
En la gráfica anterior se puede observar que el 3.85% de los encuestados en el CPISMG consideran que las clínicas en malas condiciones podía ser un motivo para abandonar el proceso terapéutico, mientras que el 96.15% indicaron que esto no ejercía influencia en cuanto a la adherencia al proceso.



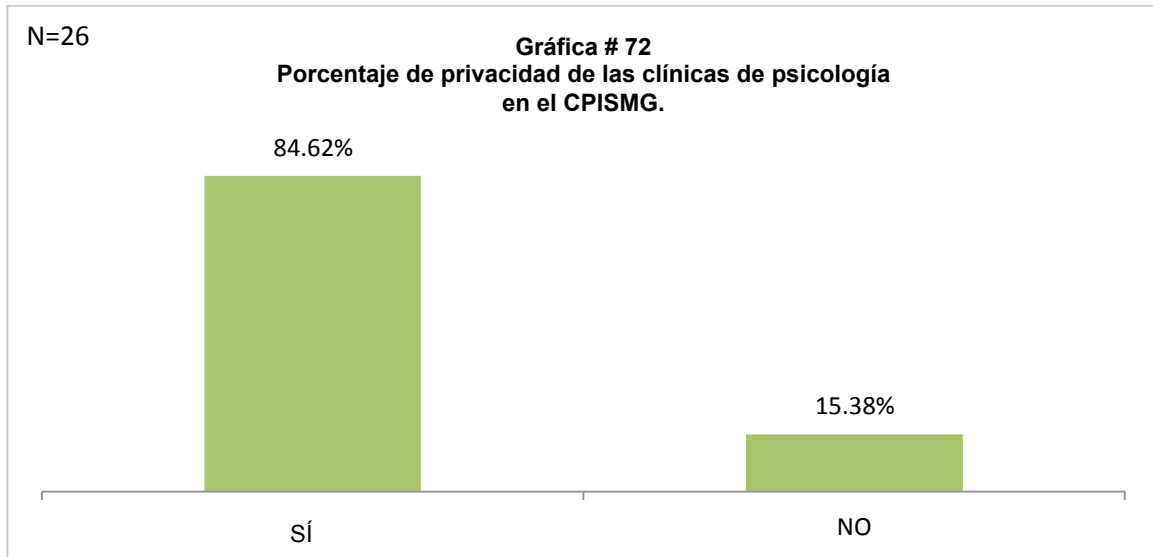
En la gráfica anterior se puede observar que el 69.23% de los encuestados en el CLPSP consideran adecuadas las instalaciones de las clínicas de psicología.



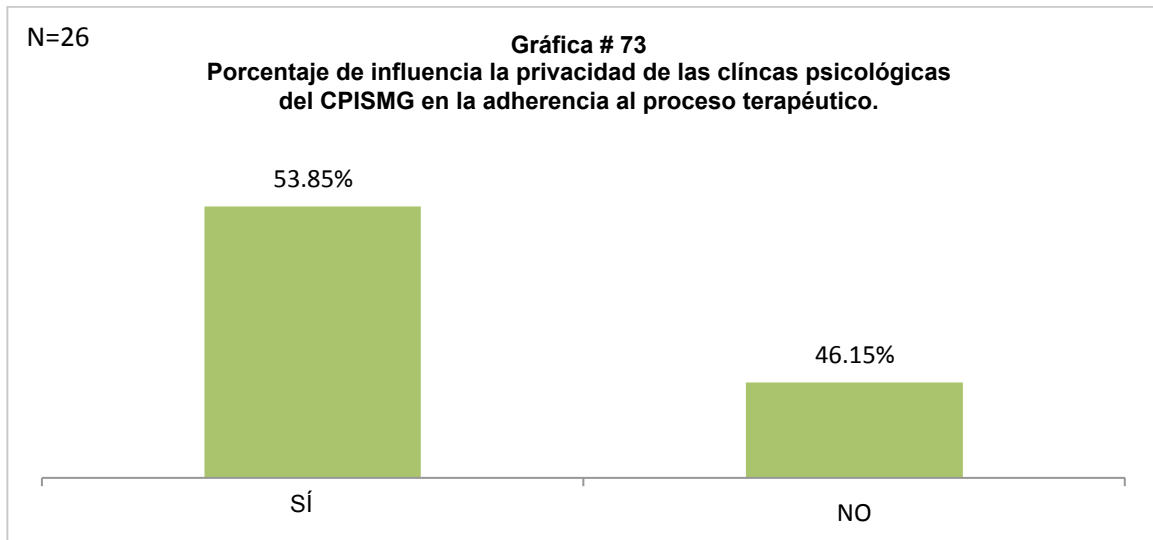
En la gráfica anterior se puede observar que el 57.17% de los encuestados en el CLPSP indicaron que el aspecto más importante a mejora en las clínicas de psicología es la ventilación, seguido por un 28.57% en relación al mobiliario y un 14.29% en cuanto a la iluminación.



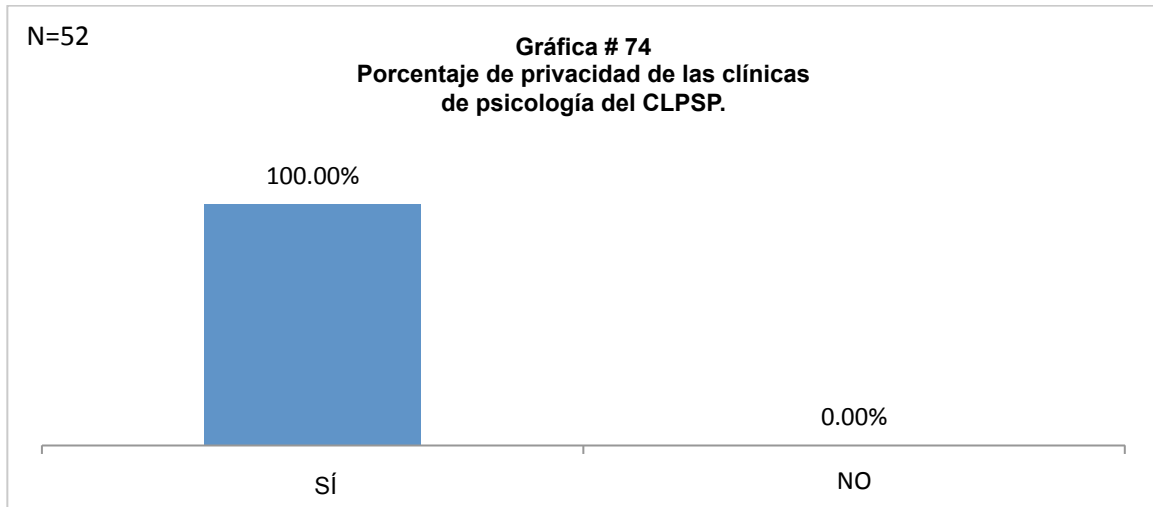
En la gráfica anterior se puede observar que el 7.69% de los encuestados en el CLPSP consideran que las clínicas en malas condiciones podía ser un motivo para abandonar el proceso terapéutico.



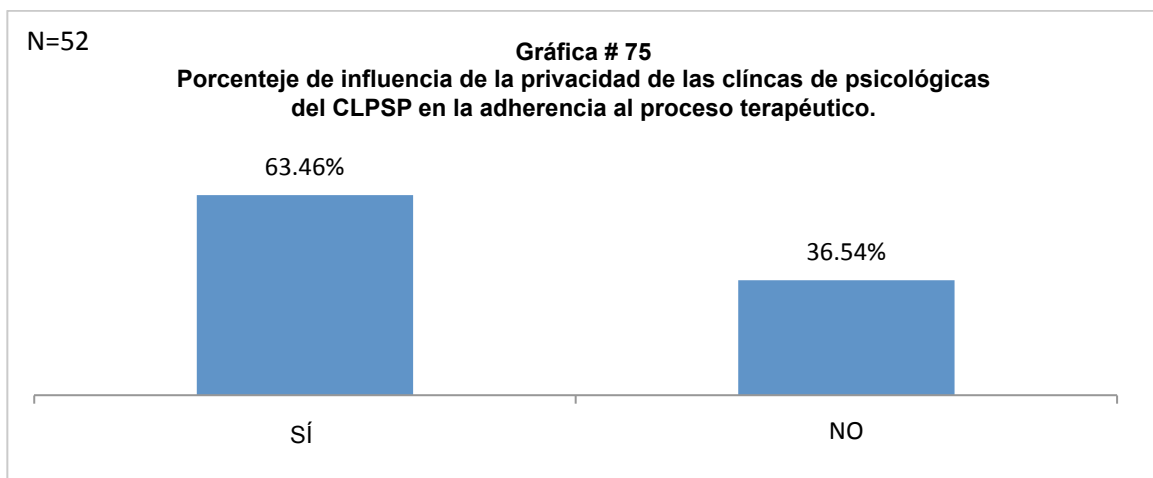
En la gráfica anterior se puede observar que el 15.38% de los encuestados en el CPISMG consideran que las clínicas no garantizaban la privacidad.



En la gráfica anterior se puede observar que el 53.85% de los encuestados en el CPISMG consideran que la falta de privacidad de las clínicas sería un motivo para abandonar el proceso psicoterapéutico.

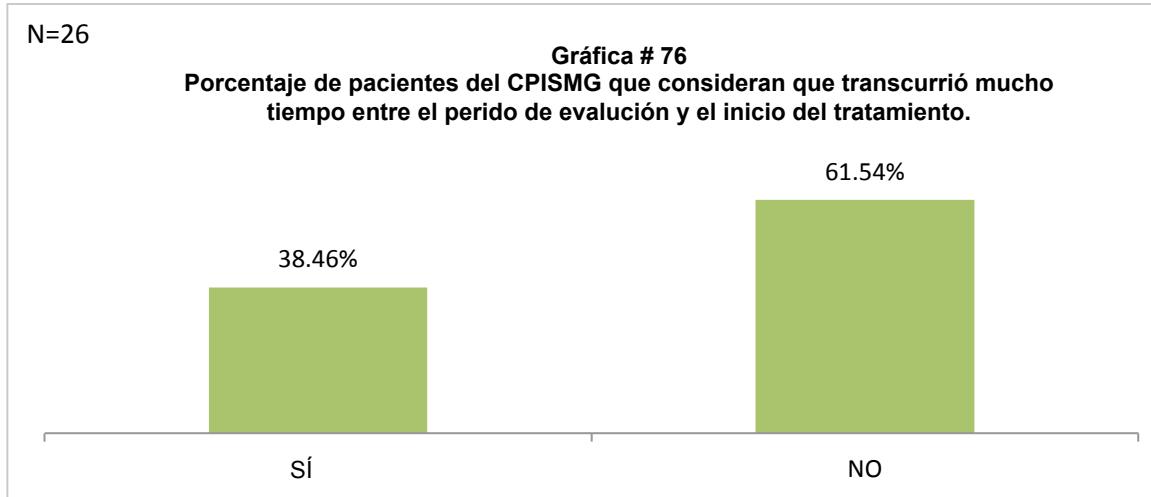


En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los encuestados en el CLPSP consideran que las clínicas garantizan la privacidad.

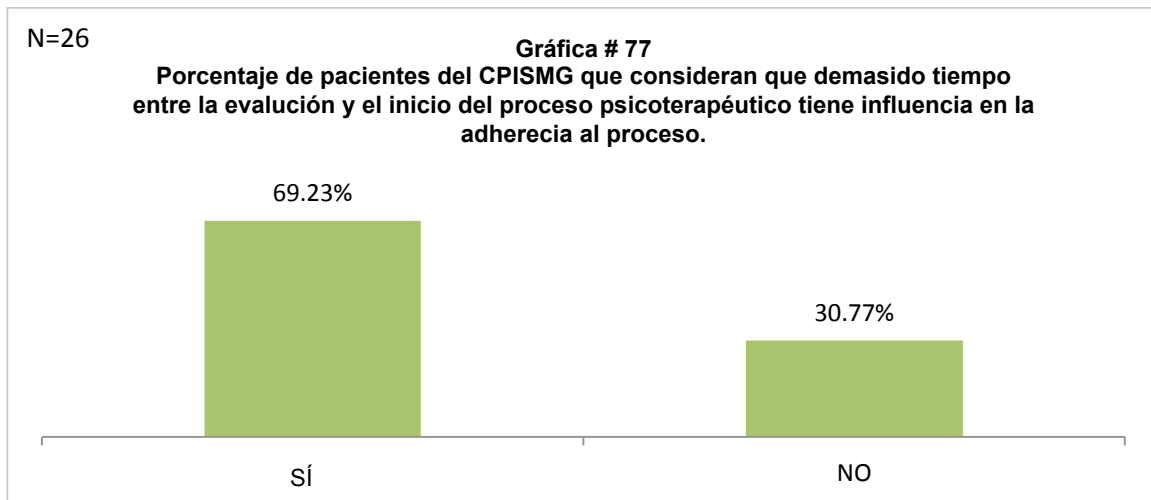


En la gráfica anterior se puede observar que el 63.46% de los encuestados en el CLPSP indicaron que la falta de privacidad de las clínicas sería un motivo para abandonar el proceso terapéutico.

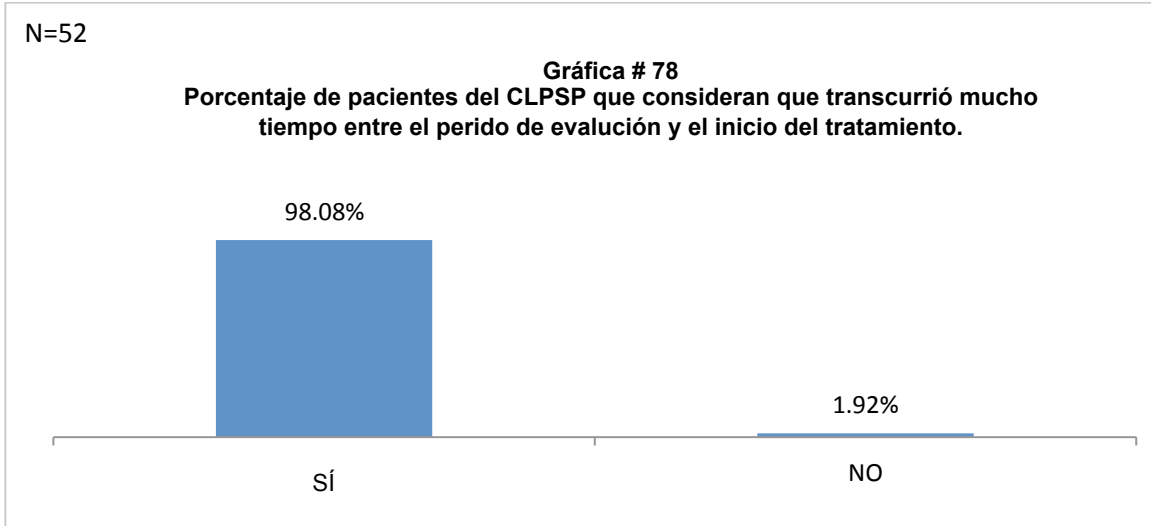
#### 4.4.4 Razones relacionadas al terapeuta y el proceso:



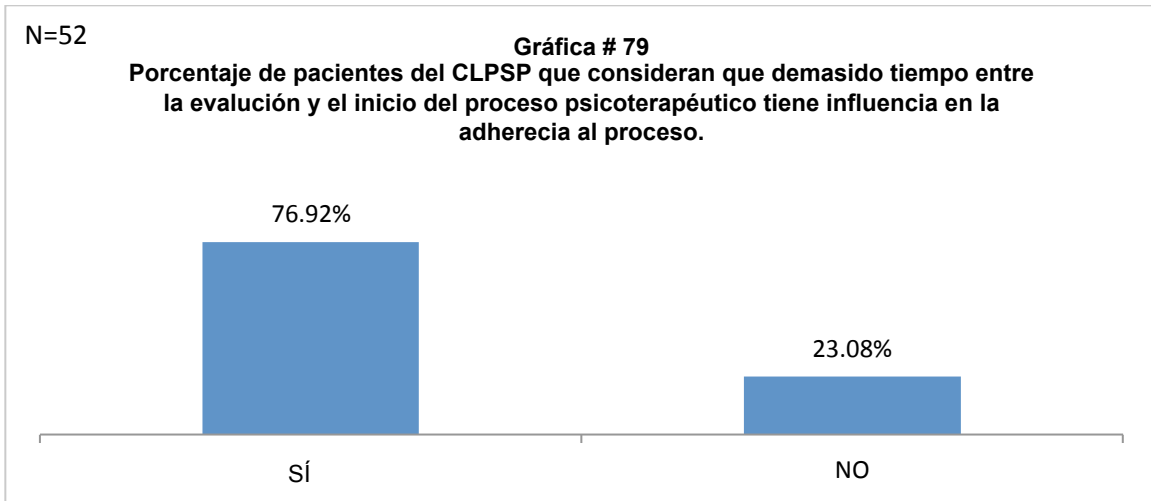
En la gráfica anterior se puede observar que el 61.54% de los encuestados en el CPISMG perciben inadecuado el tiempo transcurrido entre la evaluación diagnóstica y el inicio del proceso psicoterapéutico.



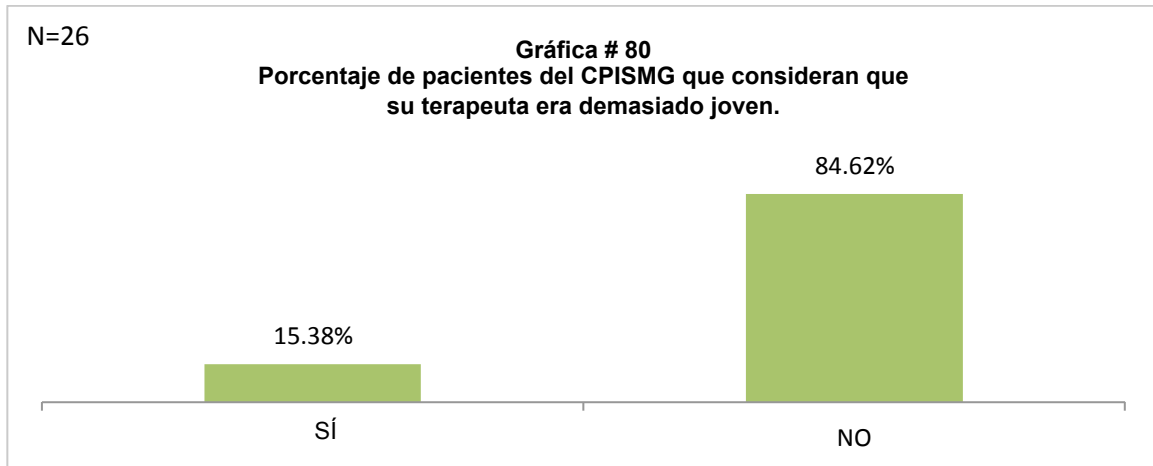
En la gráfica anterior se puede observar que el 69.23% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que de ser prolongado el tiempo transcurrido, entre la evaluación diagnóstica y el inicio del proceso psicoterapéutico, abandonaría el proceso.



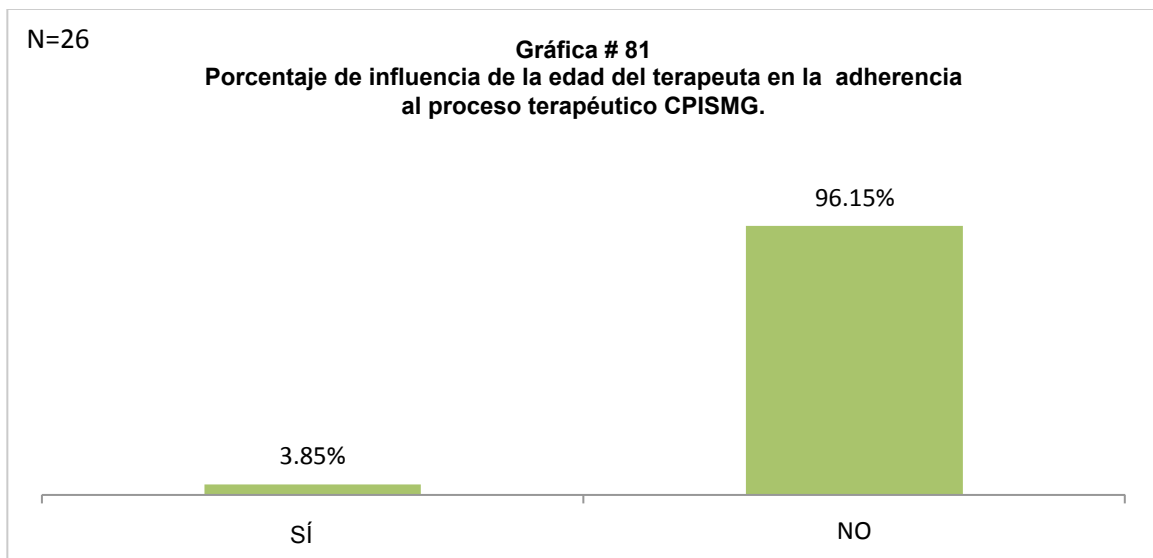
En la gráfica anterior se puede observar que el 1.92% de los encuestados en el CLPSP consideran inadecuado el tiempo transcurrido entre la evaluación diagnóstica y el inicio del proceso psicoterapéutico.



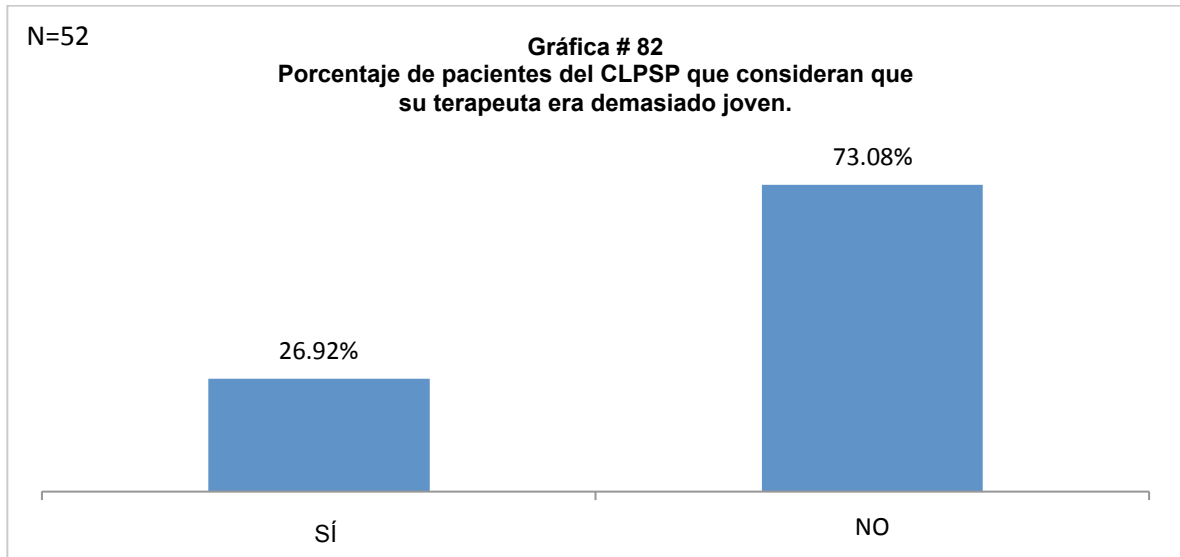
En la gráfica anterior se puede observar que el 76.92% de los encuestados en el CPISMG indicaron que de ser inadecuado el tiempo transcurrido, entre la evaluación diagnóstica y el inicio del proceso psicoterapéutico, abandonarían el proceso.



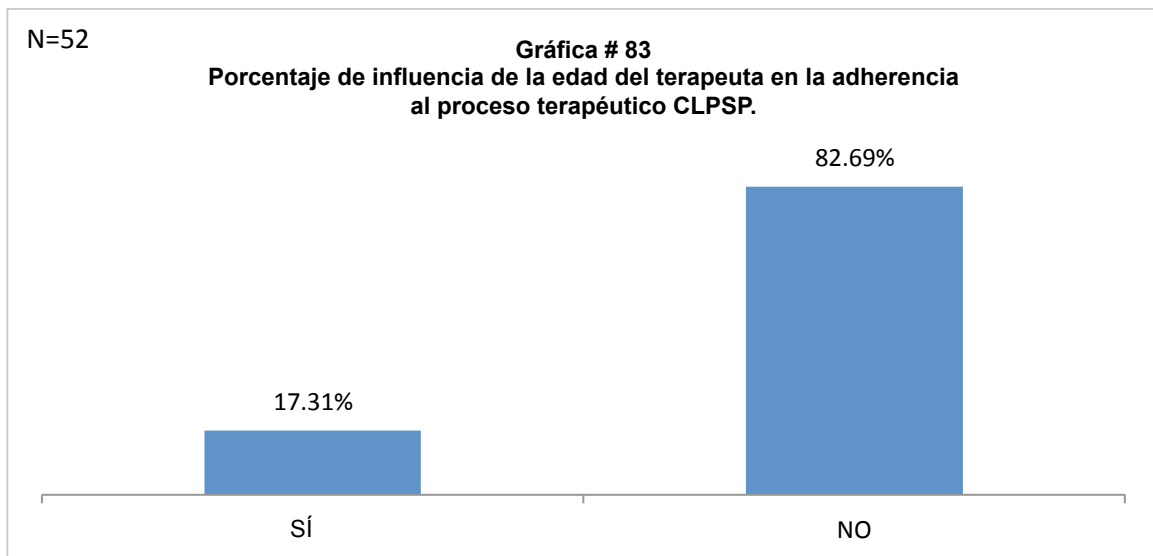
En la gráfica anterior se puede observar que el 15.38% de los encuestados en el CPISMG consideraban demasiado joven al terapeuta asignado.



En la gráfica anterior se puede observar que el 3.85% de los encuestados en el CPISMG indicaron que un motivo de abandono del proceso el hecho que el terapeuta asignado fuera joven.

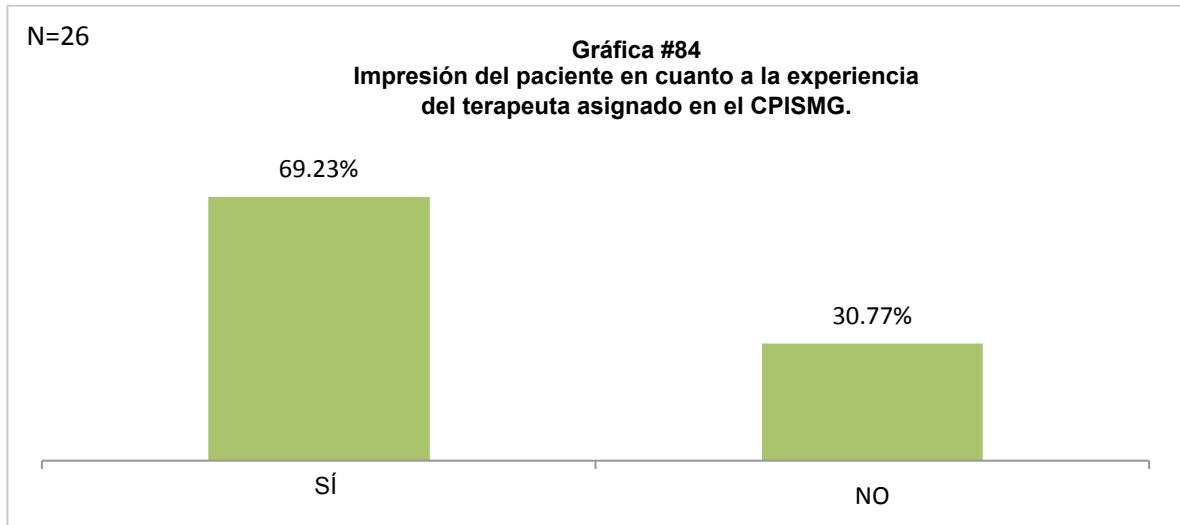


En la gráfica anterior se puede observar que el 26.92% de los encuestados en el CLPSP consideran demasiado joven al terapeuta asignado.

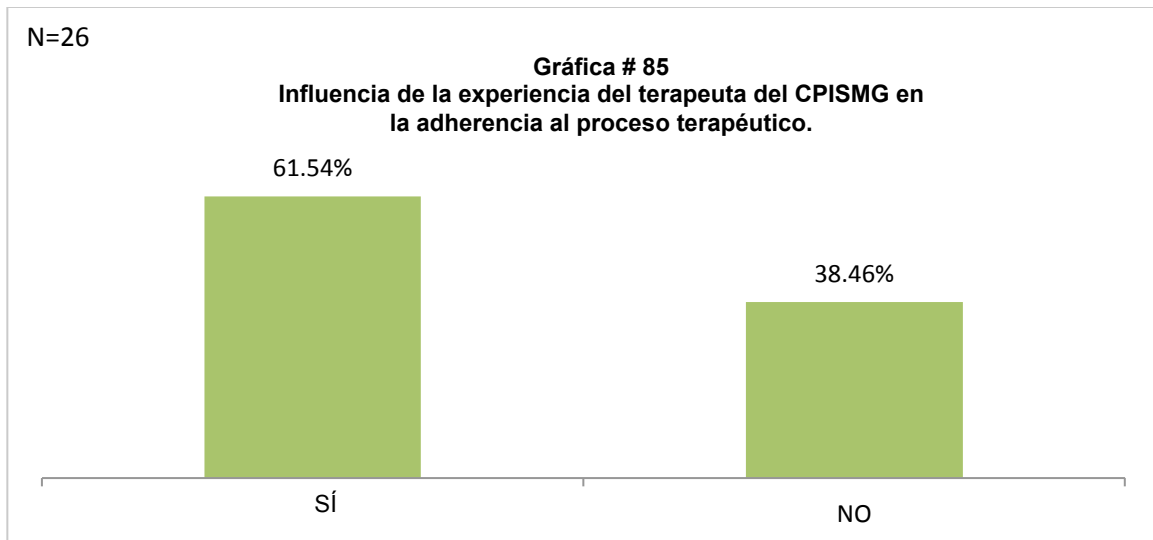


En la gráfica anterior se puede observar que el 17.31% de los entrevistados en el CLPSP consideran un motivo de abandono del proceso el hecho que el terapeuta asignado fuera muy joven.

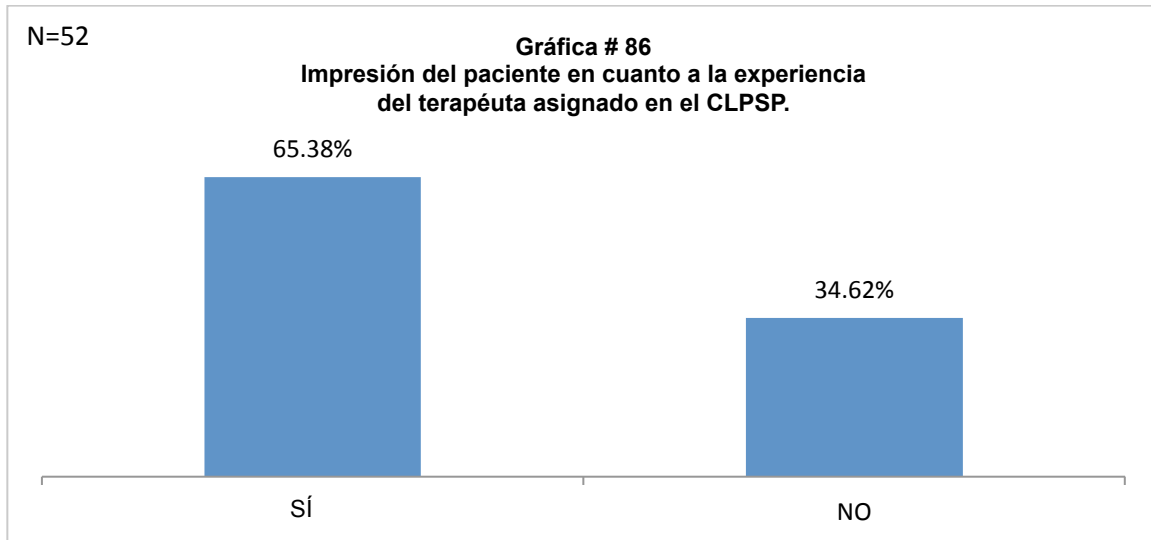




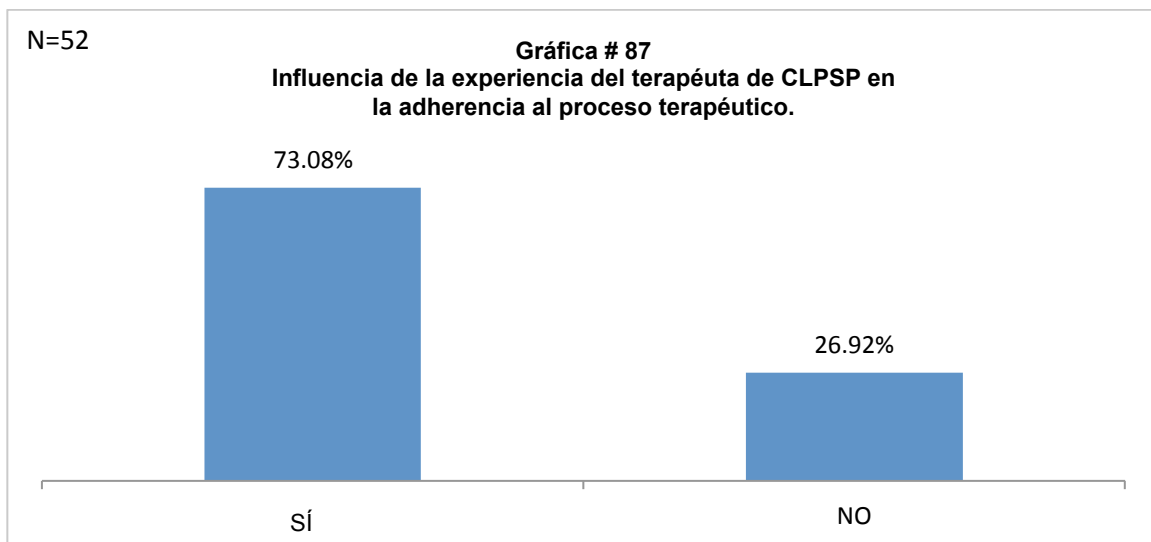
En la gráfica anterior se puede observar que el 30.77% de los encuestados en el CPISMG consideran que el terapeuta asignado no contaba con la experiencia necesaria para atender su caso.



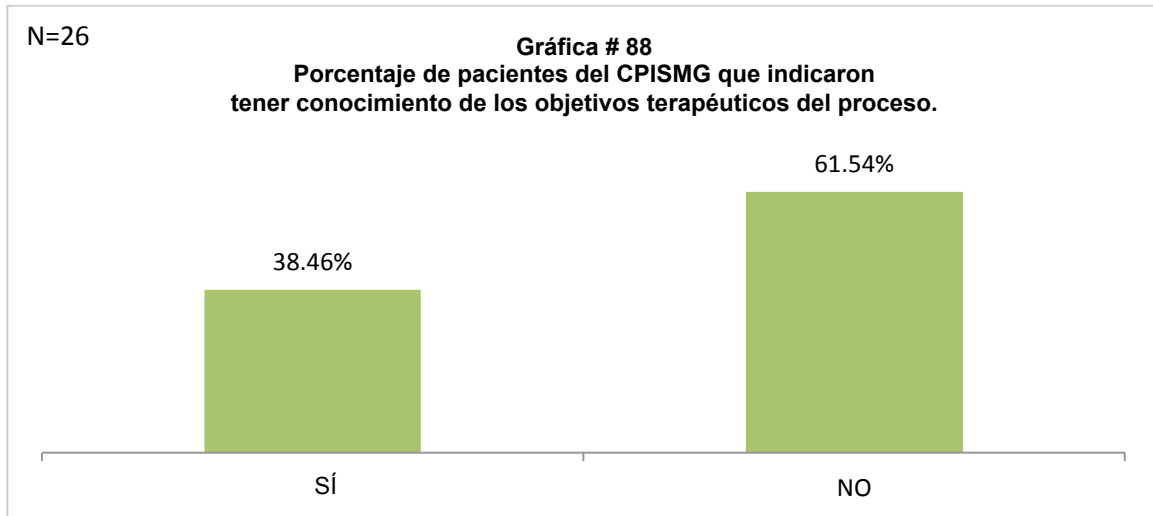
En la gráfica anterior se puede observar que el 61.54% de los encuestados en el CPISMG indicaron que un motivo para abandonar su proceso terapéutico la falta de experiencia del terapeuta asignado.



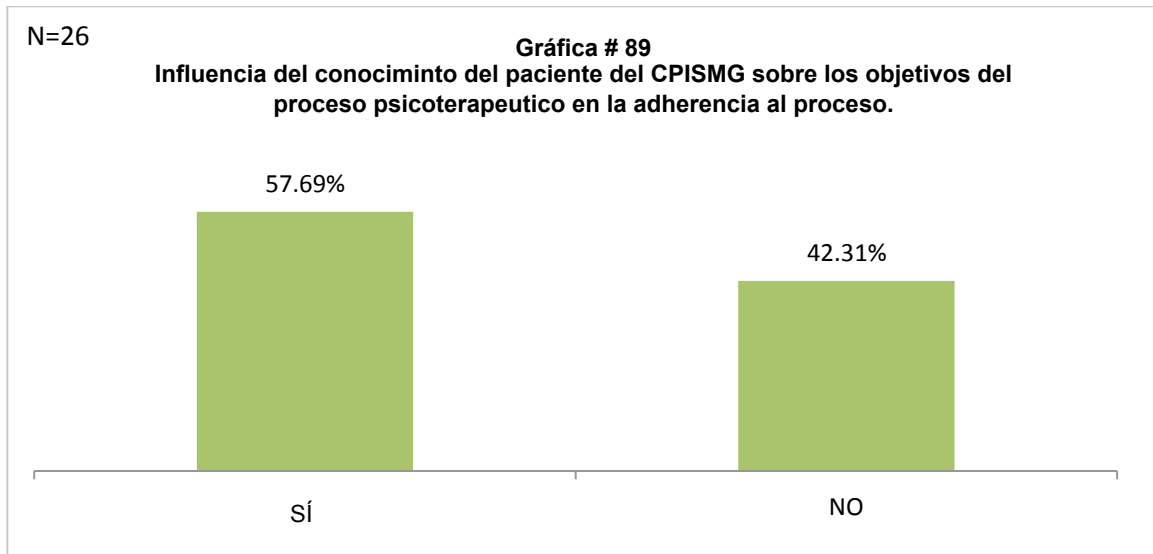
En la gráfica anterior se puede observar que el 34.62% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que consideraban que el terapeuta asignado no contaba con la experiencia necesaria para atender su caso.



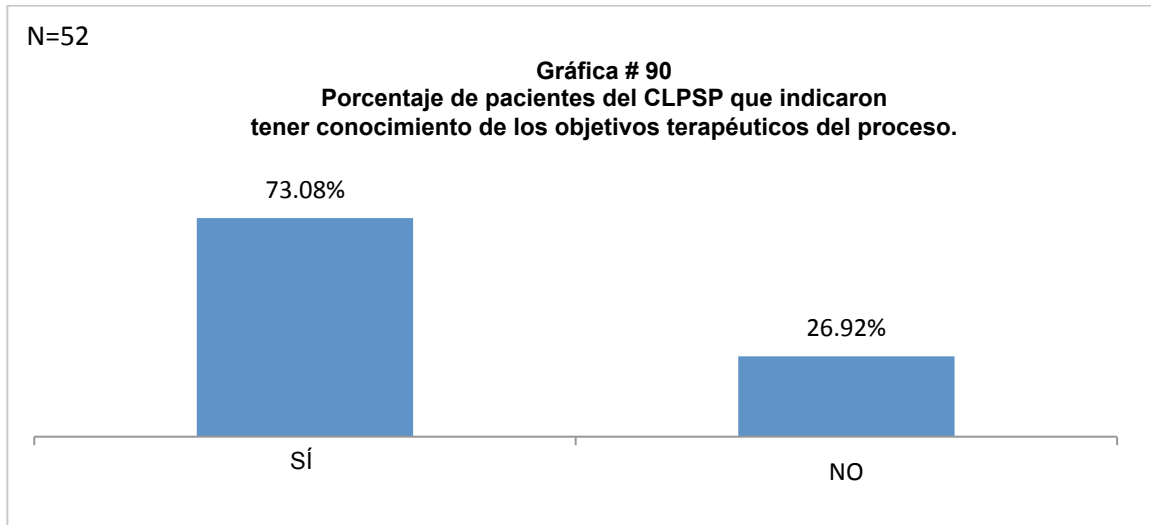
En la gráfica anterior se puede observar que el 73.08% de los encuestados en el CLPSP consideran un motivo para abandonar el proceso terapéutico la falta de experiencia del terapeuta asignado.



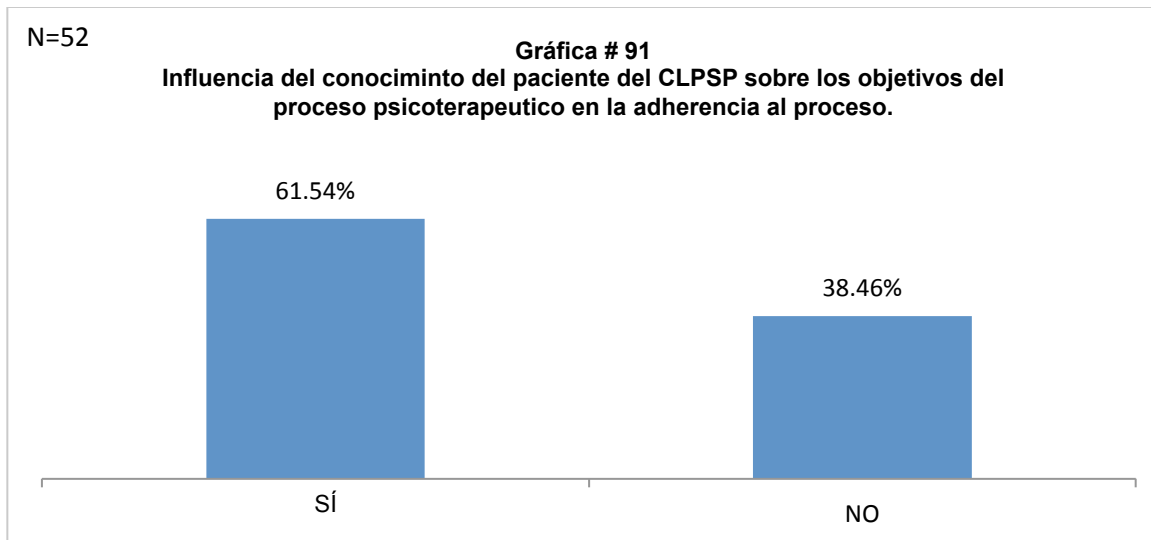
En la gráfica anterior se puede observar que el 38.46% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que en ningún momento del proceso le fueron explicados los objetivos terapéuticos por parte del terapeuta asignado.



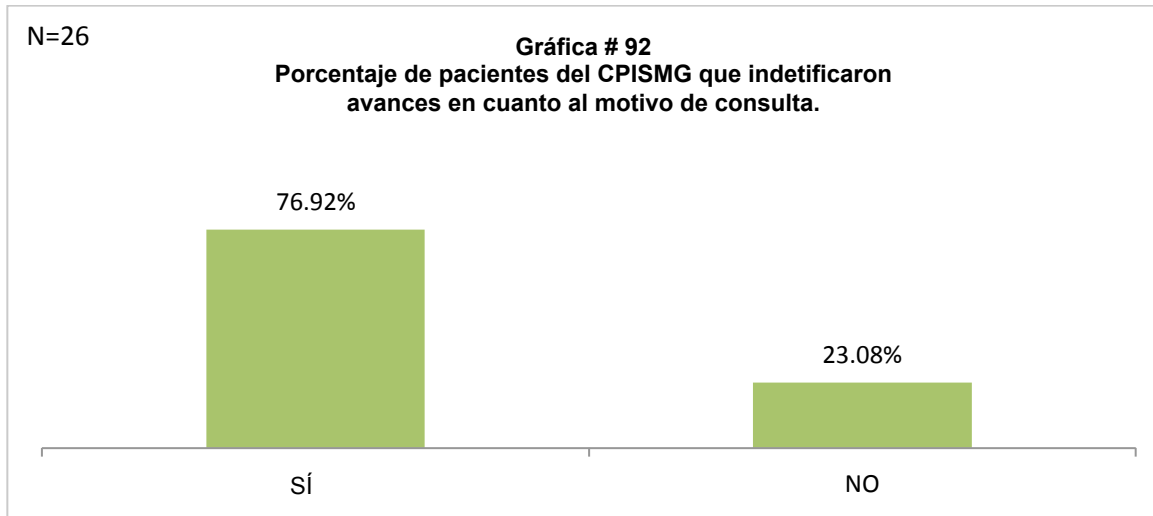
En la gráfica anterior se puede observar que el 57.69% de los encuestados en el CPISMG indicaron que el no tener claridad de sus objetivos terapéuticos es un motivo para abandonar el proceso.



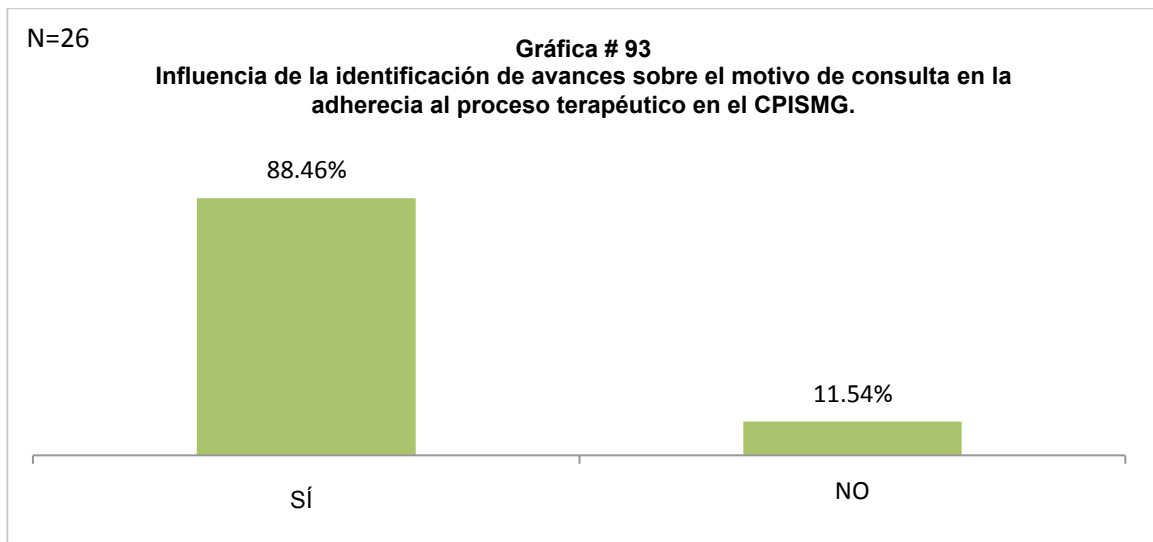
En la gráfica anterior se puede observar que el 26.92% de los encuestados en el CLPSP indicaron que en ningún momento del proceso le fueron explicados los objetivos terapéuticos por parte del terapeuta asignado.



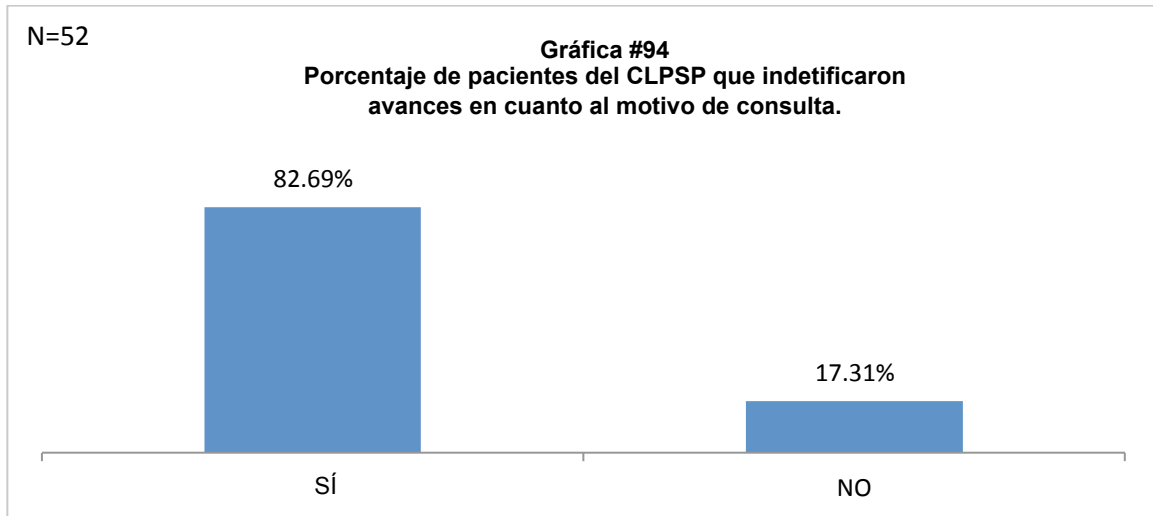
En la gráfica anterior se puede observar que el 61.54% de los encuestados en el CLPSP indicaron que el no tener claridad de los objetivos terapéuticos es un motivo para abandonar el proceso.



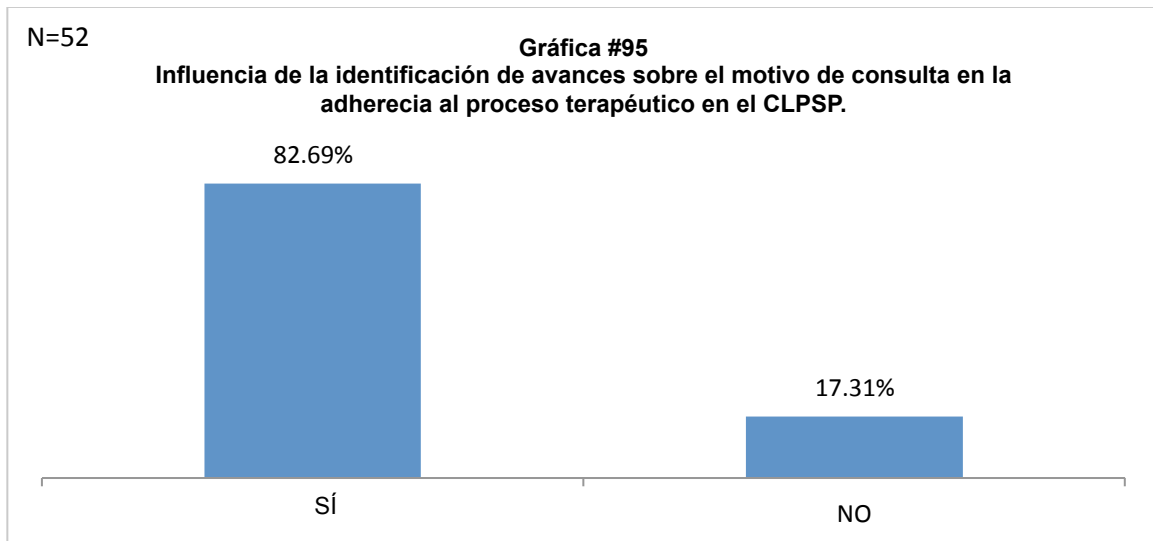
En la gráfica anterior se puede observar que el 23.08% de los encuestados en el CPISMG no identificaron avances en la resolución de su motivo de consulta.



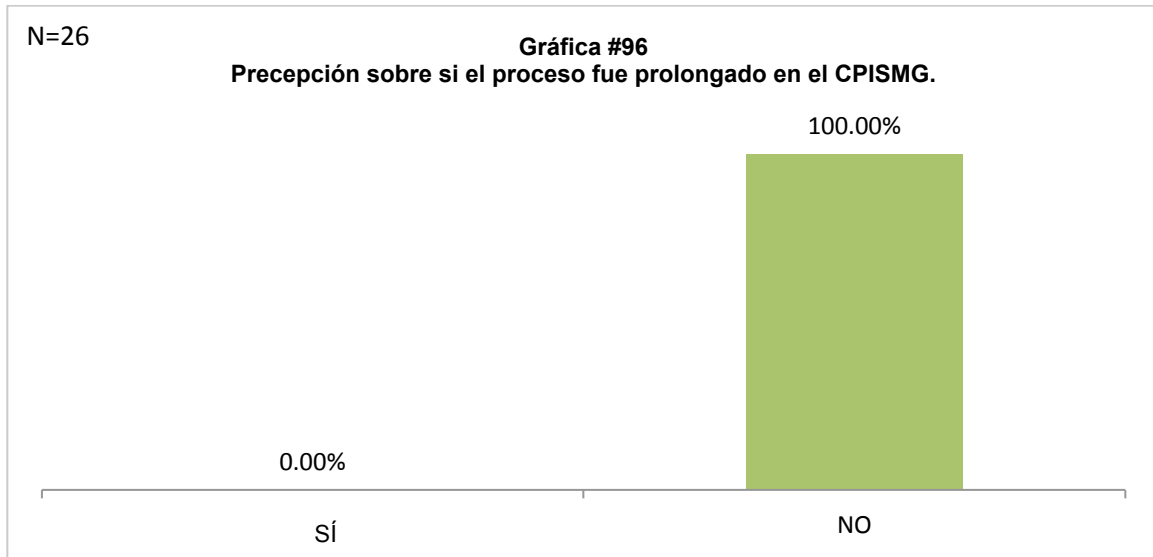
En la gráfica anterior se puede observar que el 88.46% de los encuestados en el CPISMG indicaron que el no identificar avances en cuanto a su motivo de consulta es una razón para abandonar el proceso psicoterapéutico.



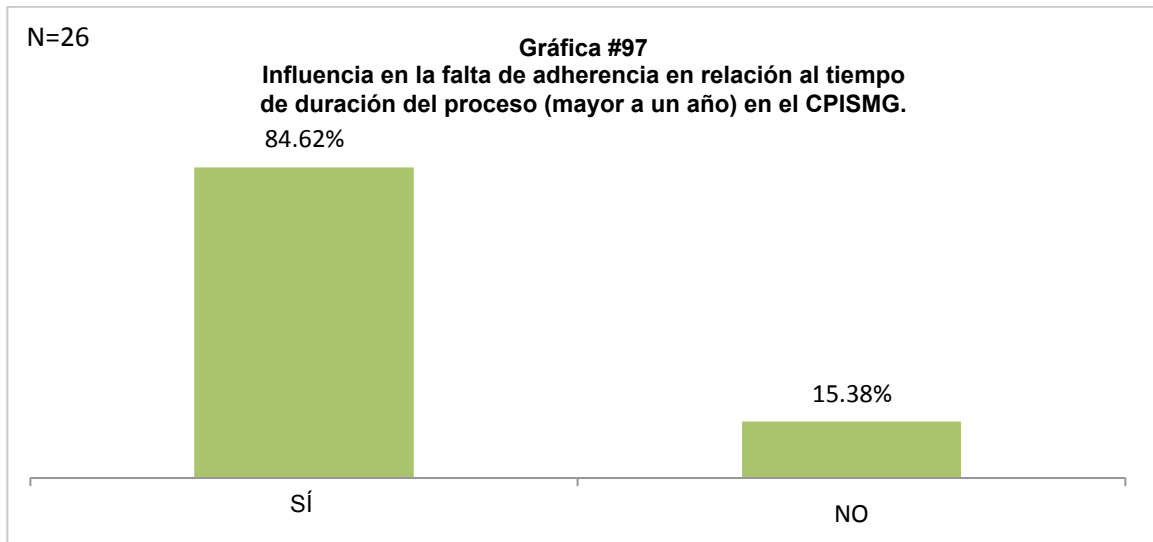
En la gráfica anterior se puede observar que el 17.31% de los encuestados en el CLPSP no identificaron avances en la resolución de su motivo de consulta.



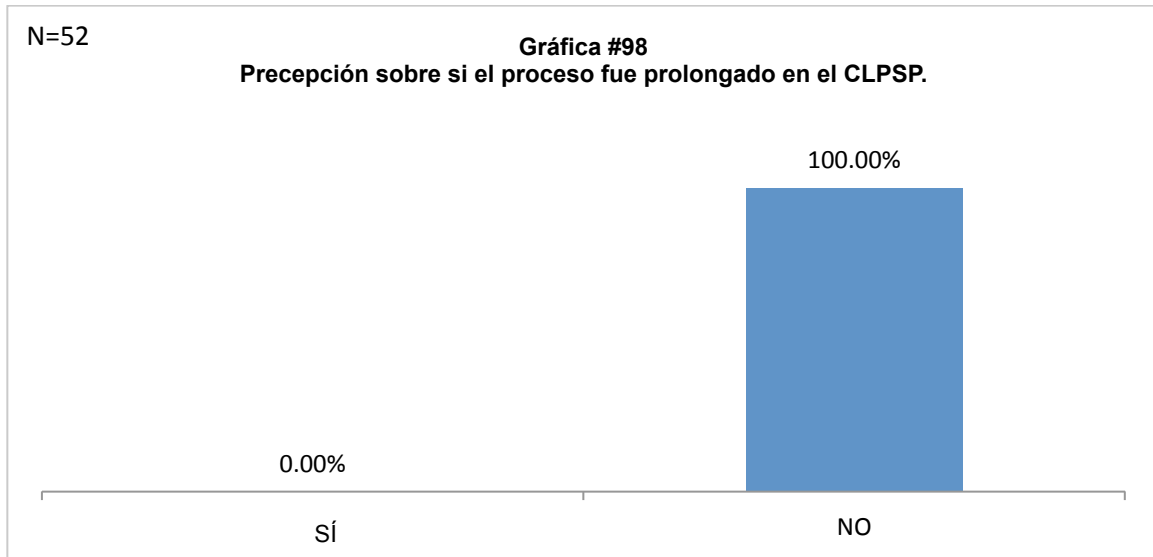
En la gráfica anterior se puede observar que el 82.69% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que el no identificar avances en cuanto a su motivo de consulta es una razón para abandonar su proceso.



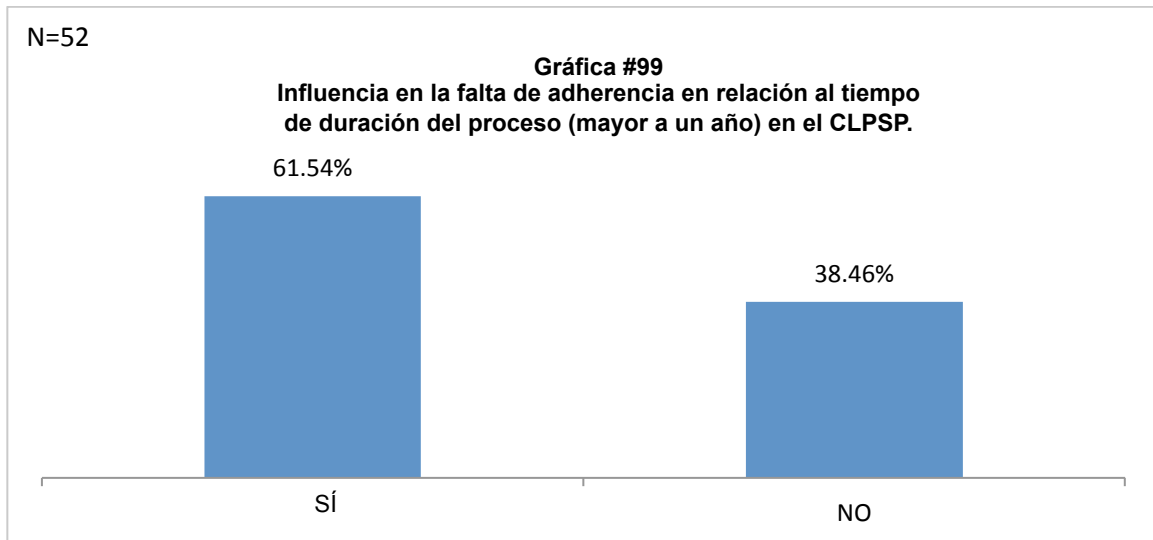
En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los encuestados en el CPISMG indicaron que no percibieron que su proceso fuera largo.



En la gráfica anterior se puede observar que el 84.62% de los encuestados en el CPISMG indicaron que un proceso que se prolongue por más de un año sería motivo de abandono.

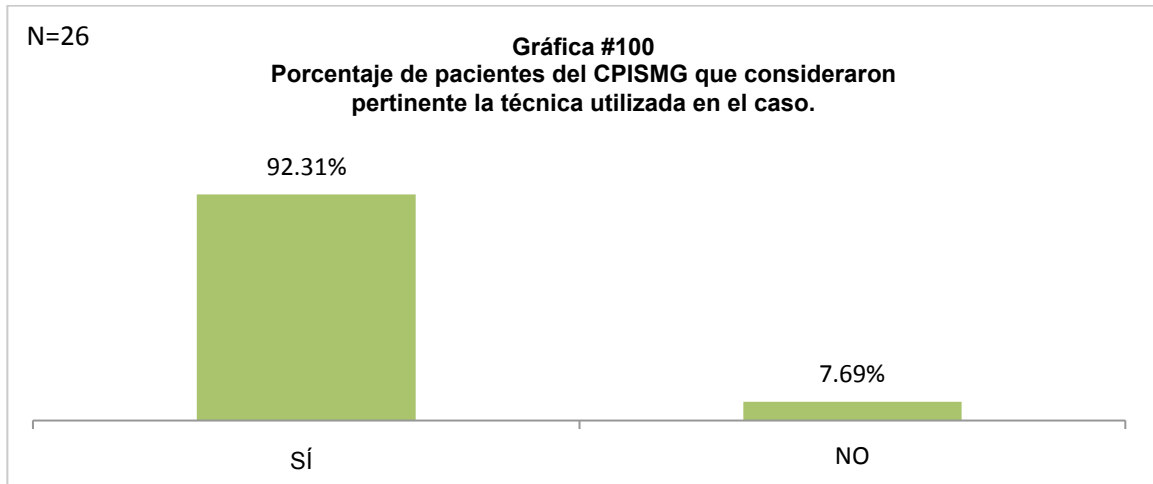


En la gráfica anterior se puede observar que el 100% de los encuestados en el CLPSP indicaron que no percibieron que su proceso fuera largo.

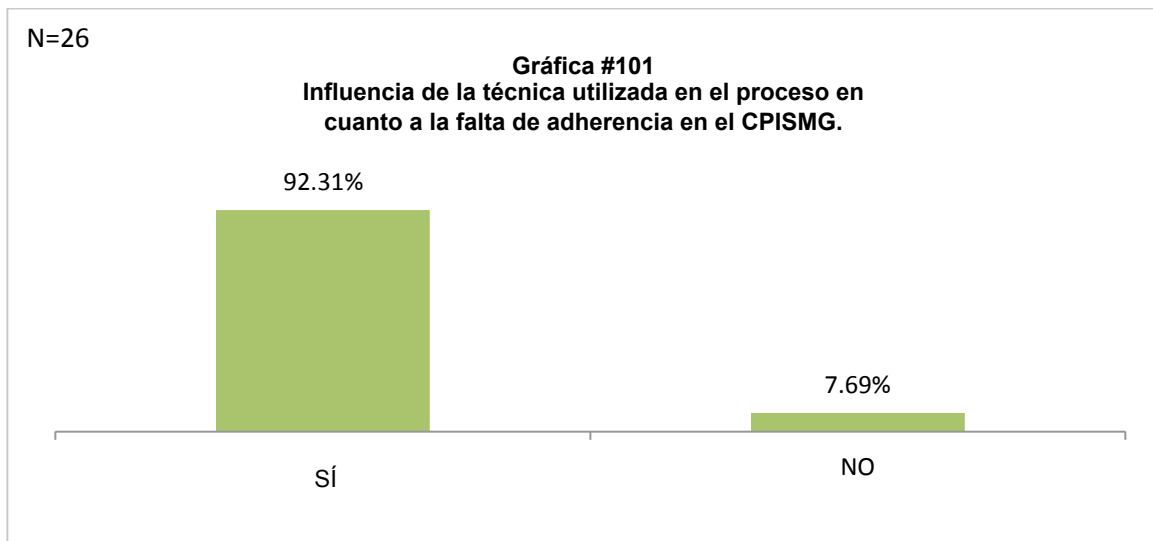


En la gráfica anterior se puede observar que el 61.54% de los encuestados en el CLPSP indicaron que un proceso que se prolongue por más de un año sería motivo de abandono.

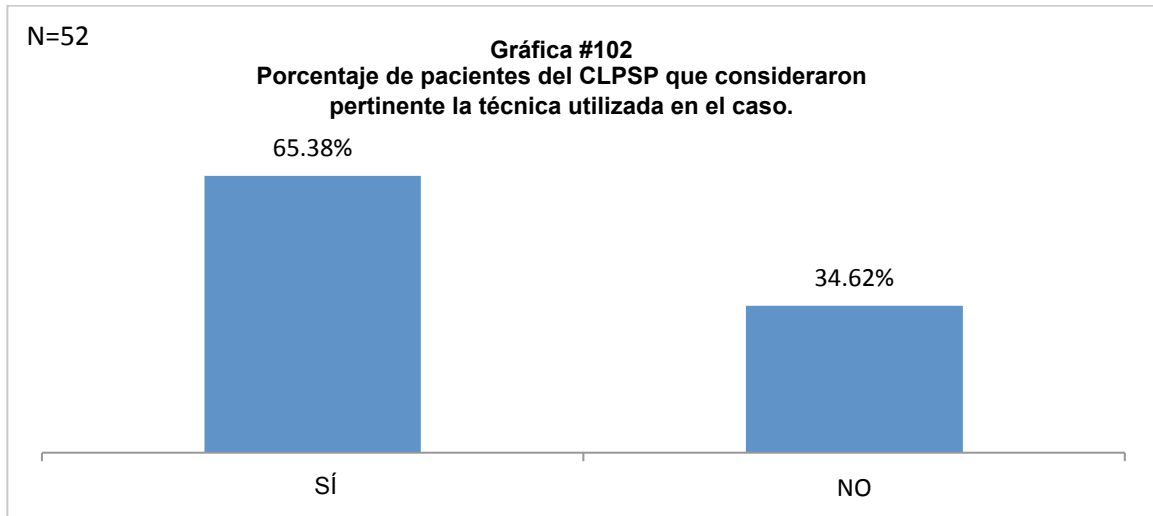




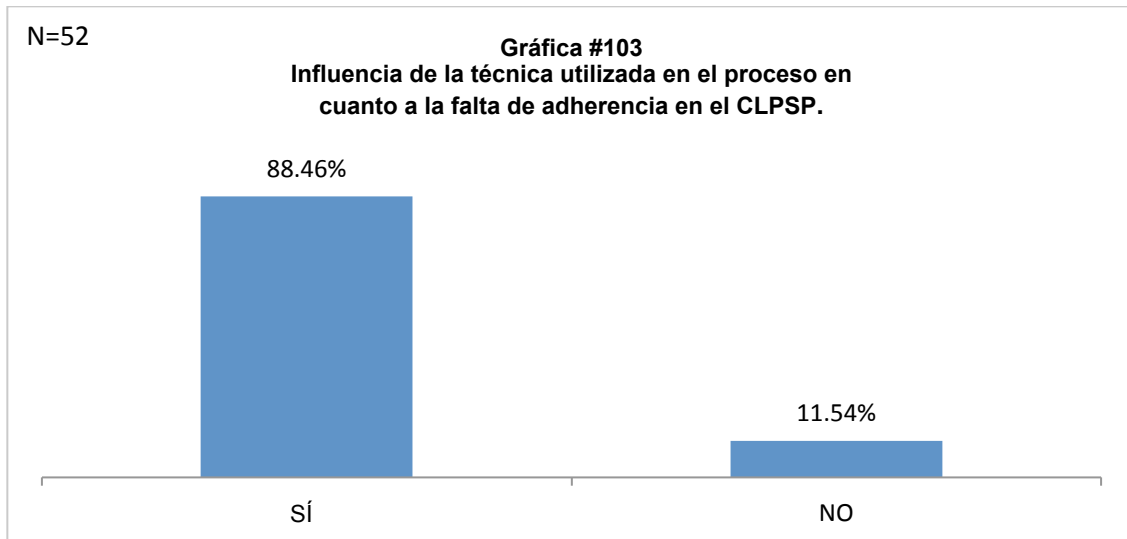
En la gráfica anterior se puede observar que el 92.31% de los encuestados en el CPISMG indicaron que las técnicas utilizadas en su procesos le parecían adecuadas para su caso.



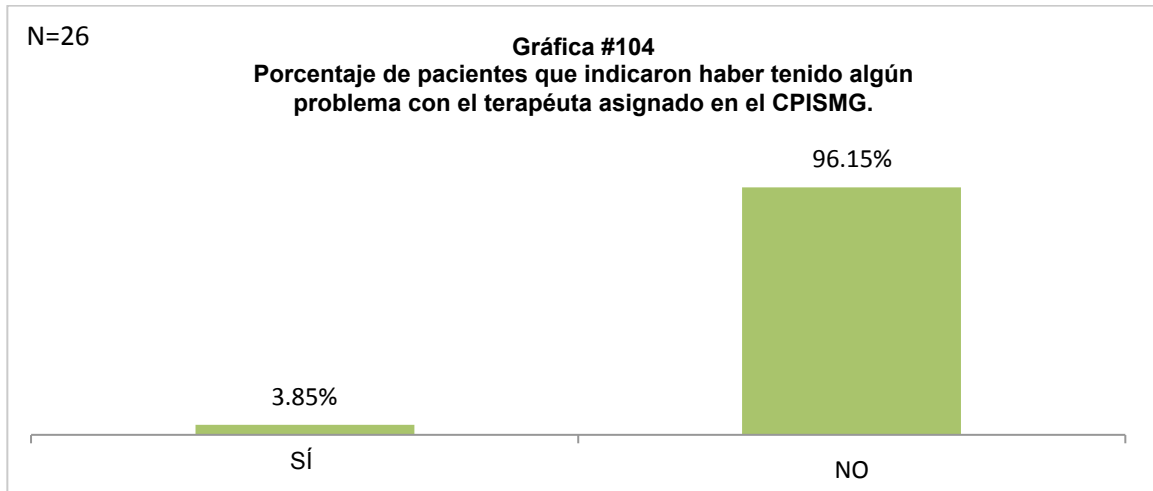
En la gráfica anterior se puede observar que el 92.31% de los encuestados en el CPISMG indicaron que un técnica que no considere adecuada puede ser un motivo de abandono del proceso.



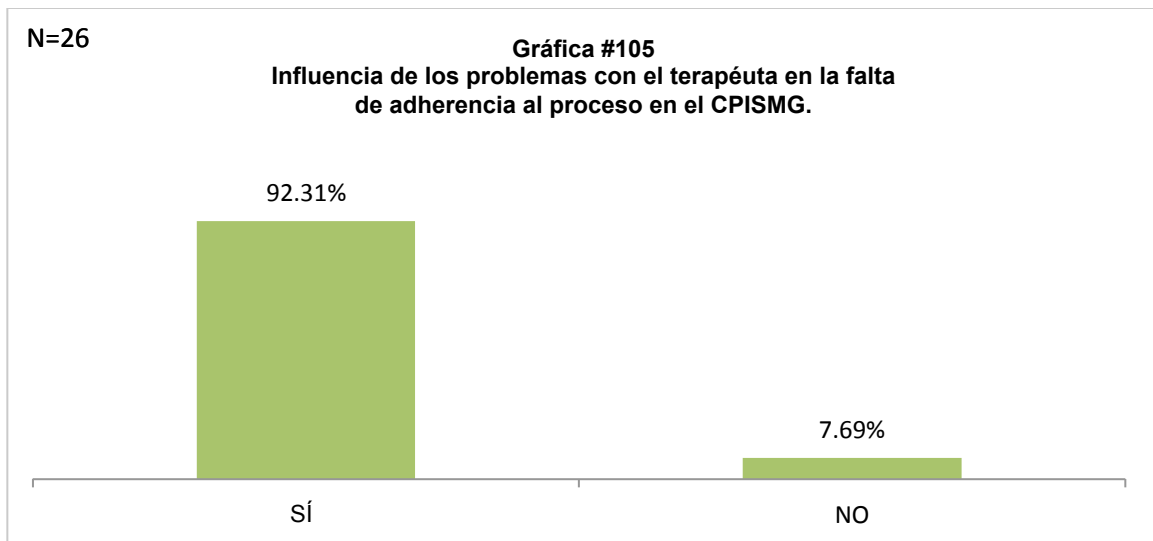
En la gráfica anterior se puede observar que el 34.62% de los encuestados en el CLPSP indicaron que las técnicas utilizadas en su procesos le parecían inadecuadas para el caso.



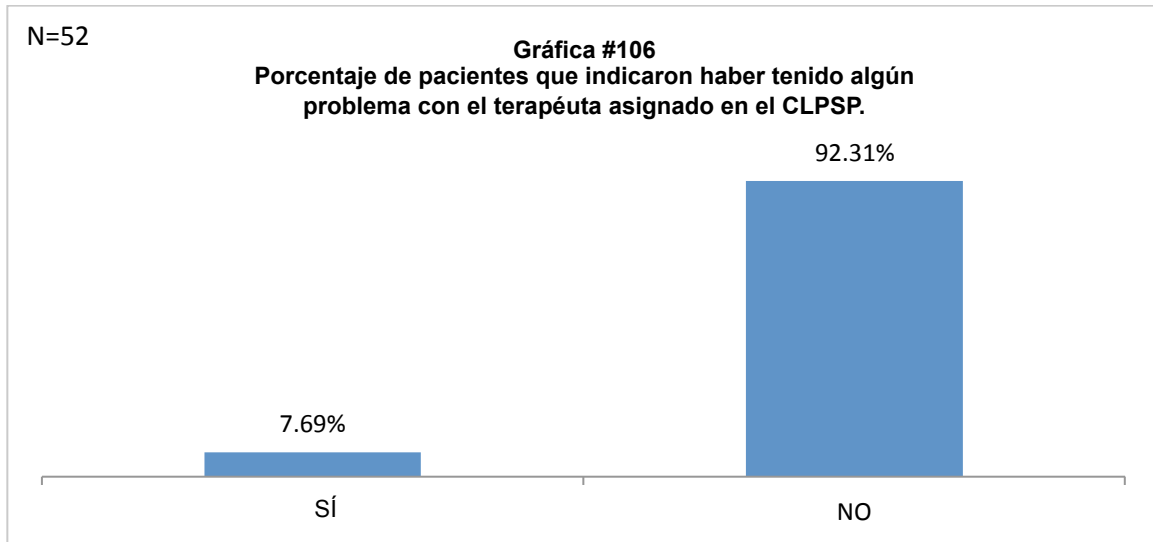
En la gráfica anterior se puede observar que el 88.46% de los encuestados en el CPISMG indicaron que un técnica que no considere adecuada puede ser un motivo de abandono del proceso.



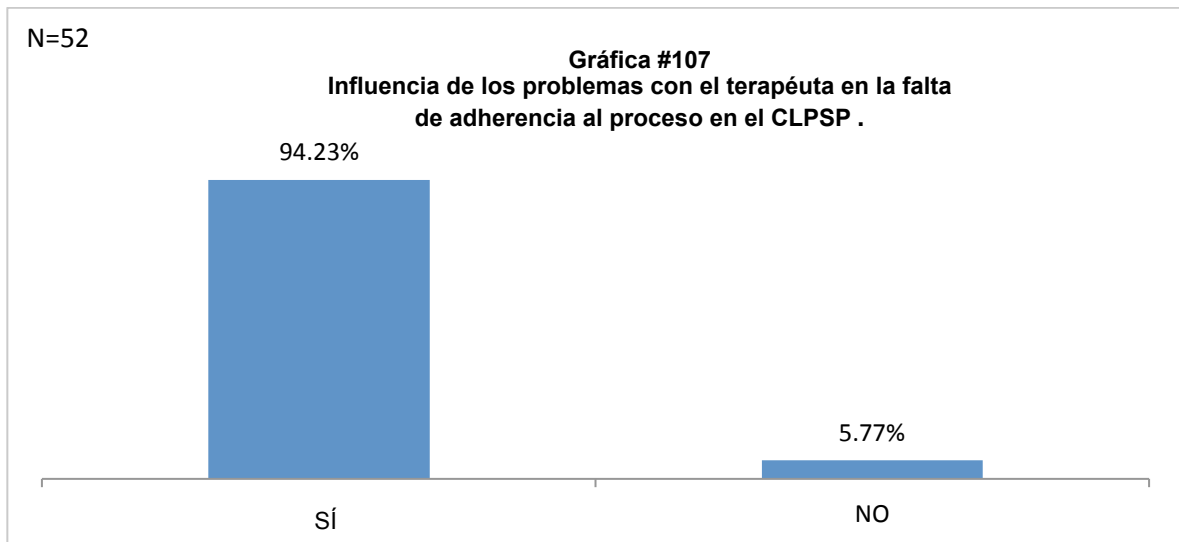
En la gráfica anterior se puede observar que el 3.85% de los entrevistados en el CPISMG indicaron que tuvieron un problema de tipo personal o en cuanto al proceso con el terapeuta.



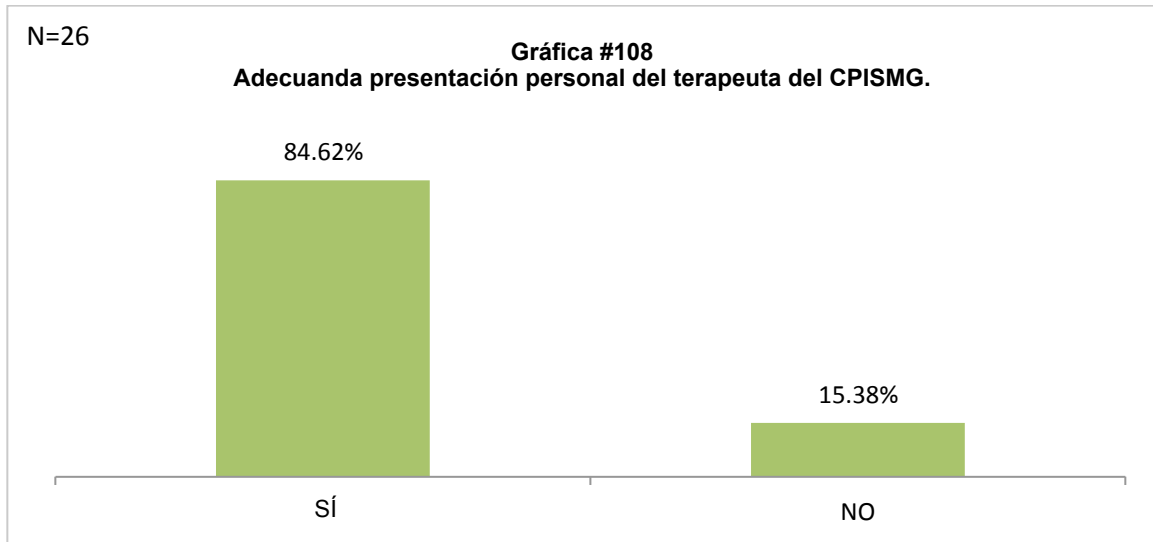
En la gráfica anterior se puede observar que el 92.31% de los encuestados en el CPISMG indicaron que un problema de tipo personal o en cuanto a su proceso que no sea resuelto puede ser un motivo de abandono de su proceso.



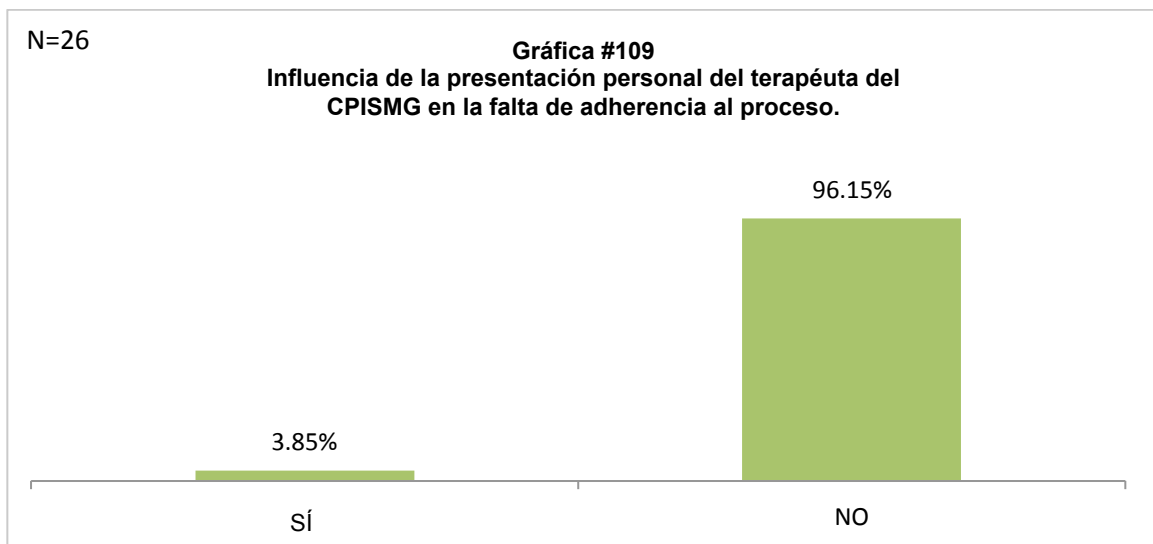
En la gráfica anterior se puede observar que el 7.69% de los encuestados en el CLPSP indicaron que tuvieron un problema de tipo personal o en cuanto al proceso con el terapeuta.



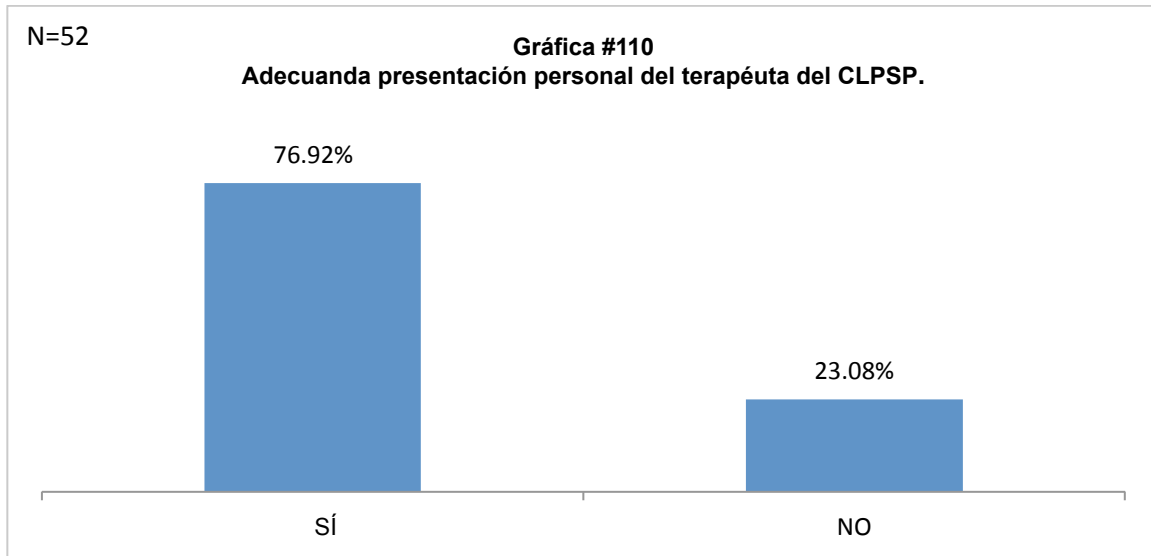
En la gráfica anterior se puede observar que el 94.23% de los entrevistados en el CLPSP indicaron que un problema de tipo personal o en cuanto a su proceso que no sea resuelto puede ser un motivo de abandono del proceso.



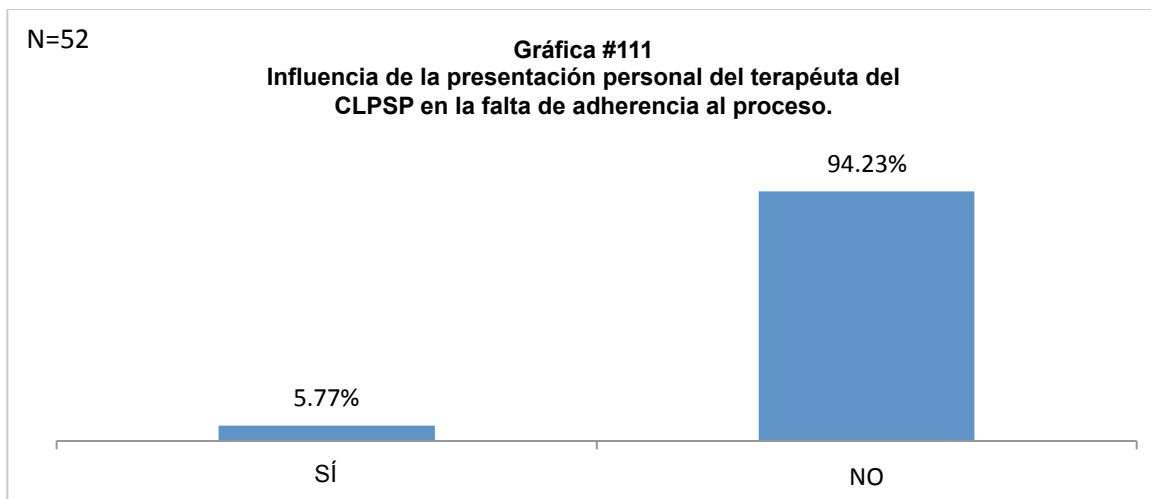
En la gráfica anterior se puede observar que el 15.38% de los encuestados en el CPISMG indicaron que la presentación personal del terapeuta era inadecuada.



En la gráfica anterior se puede observar que el 3.85% de los encuestado en el CPISMG indicaron que la mala presentación personal del terapeuta puede ser un motivo de abandono de su proceso.

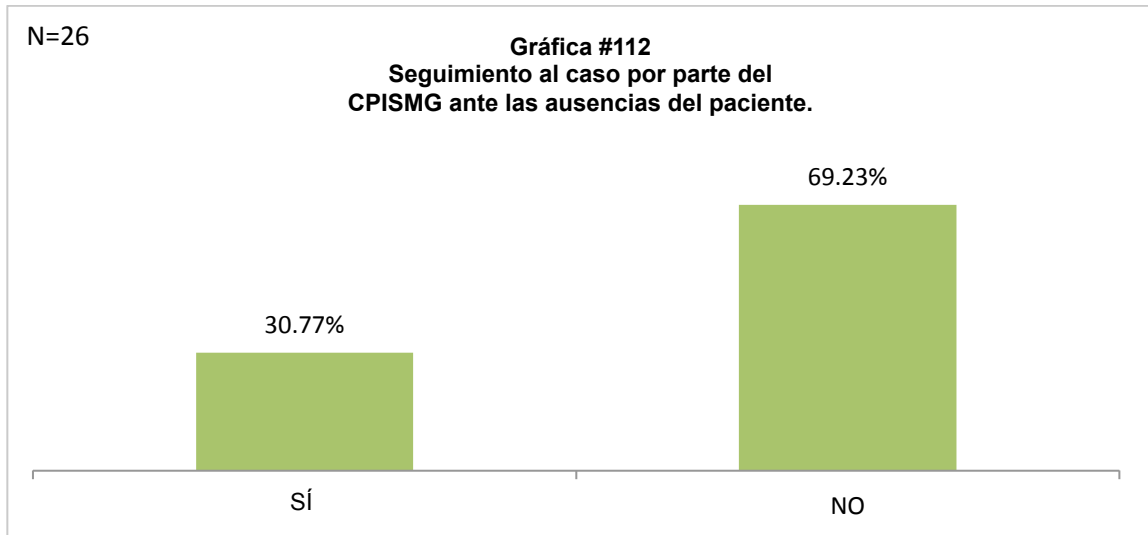


En la gráfica anterior se puede observar que el 23.08% de los encuestado en el CLPSP indicaron que la presentación personal del terapeuta era inadecuada.

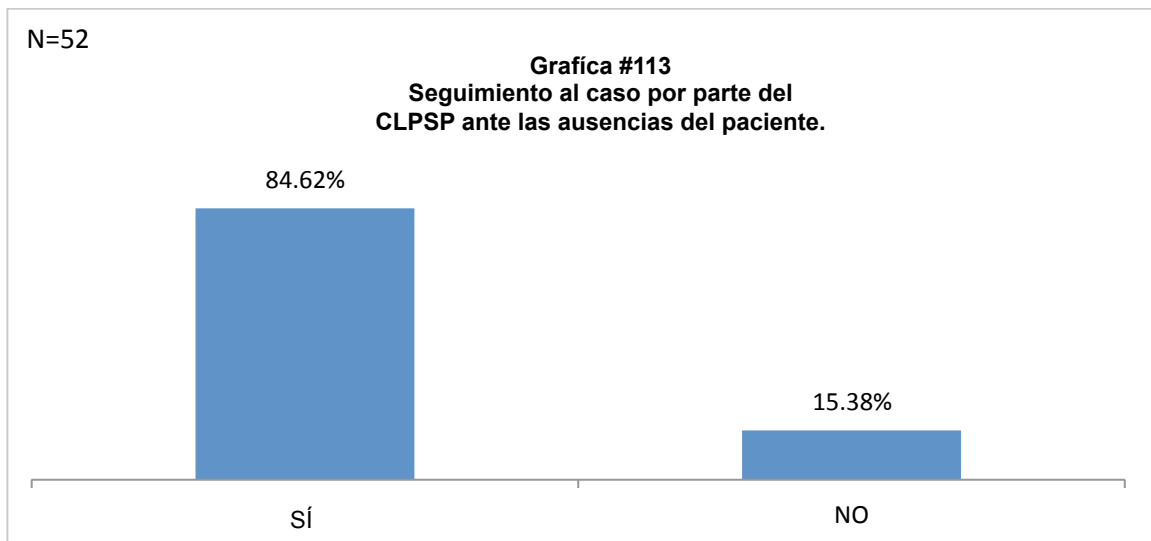


En la gráfica anterior se puede observar que el 5.77% de los encuestado en el CLPSP indicaron que la mala presentación personal del terapeuta puede ser un motivo de abandono de su proceso.

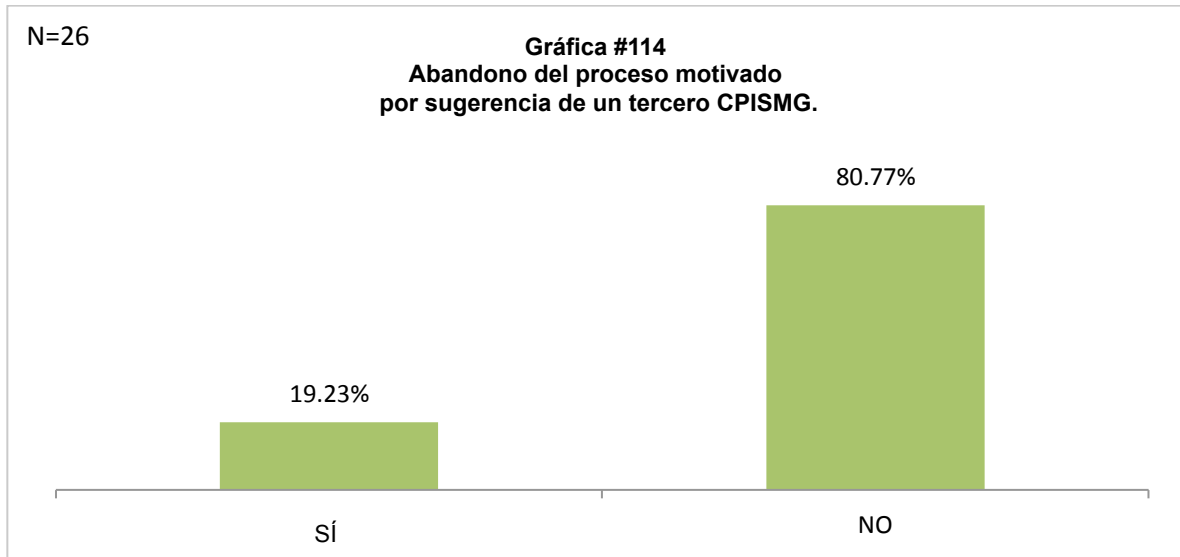
#### 4.5 Otras razones de abandono:



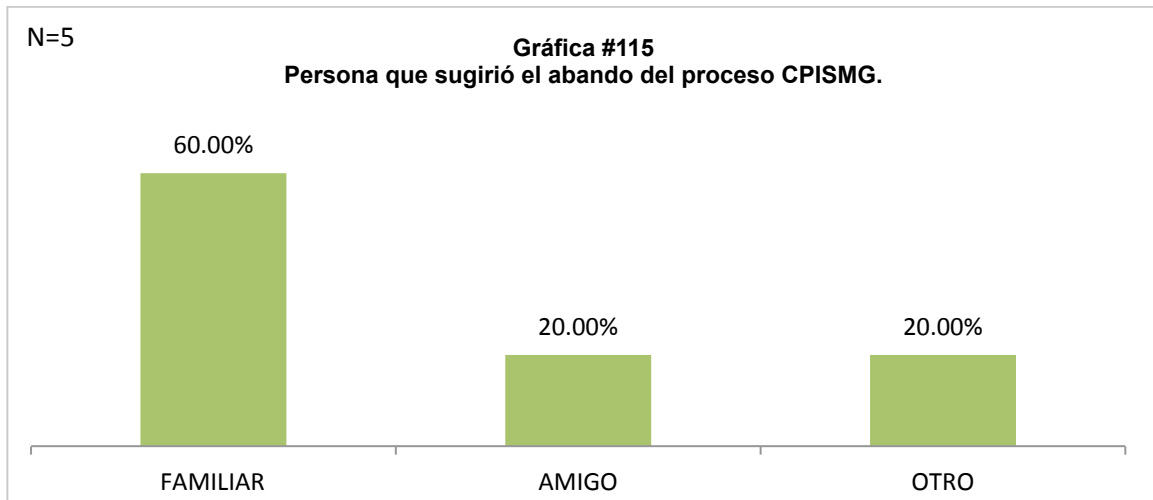
En la gráfica anterior se puede observar que el 69.23% de los encuestados en el CPISMG indicaron que el centro no le contactó para conocer la razón de su inasistencias (tres insistencias seguidas).



En la gráfica anterior se puede observar que el 15.38% de los encuestados en el CLPSP indicaron que el centro no le contactó para conocer la razón de su inasistencias (tres insistencias seguidas).

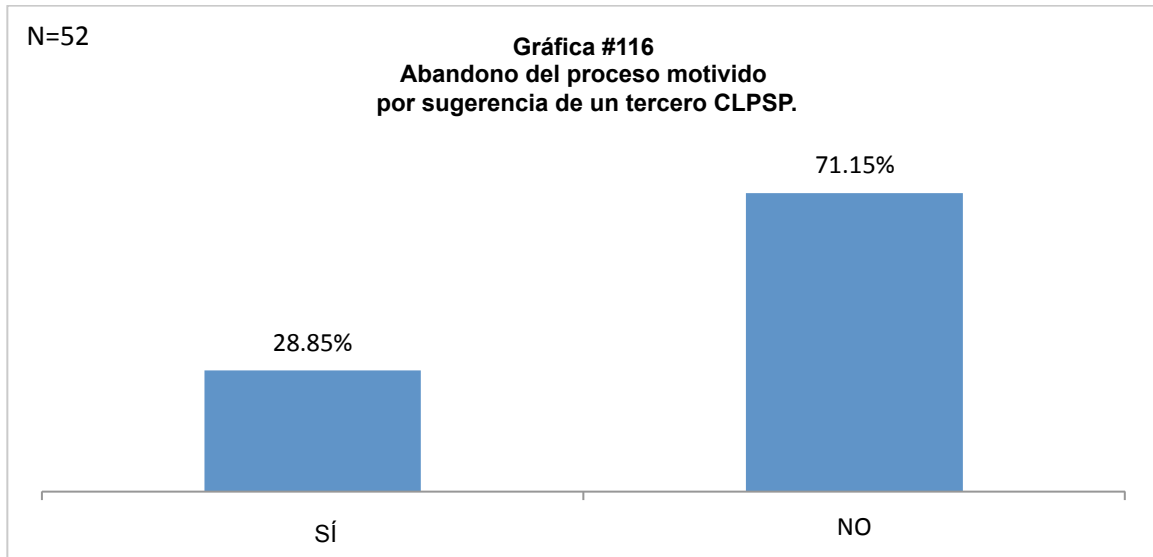


En la gráfica anterior se puede observar que el 19.23% de los encuestados en el CPISMG indicaron que el abandono de su proceso se dio por sugerencia de un tercero.

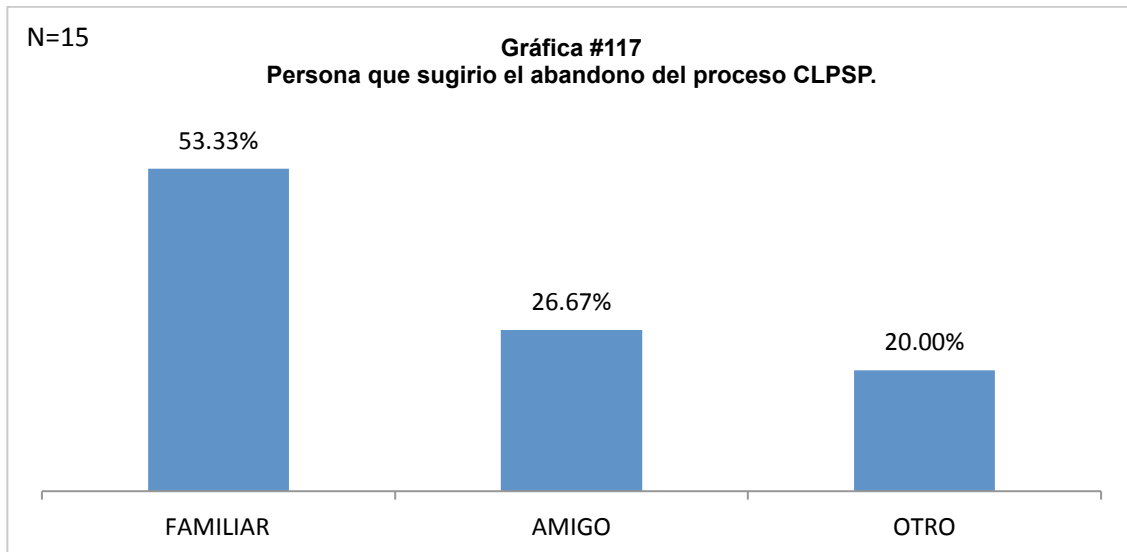


En la gráfica anterior se puede observar que el 60.00% de los encuestado en el CPISMG, que refirieron que el abandono de su proceso se dio por sugerencia de un tercero, indicaron que fue por sugerencia de un familiar.

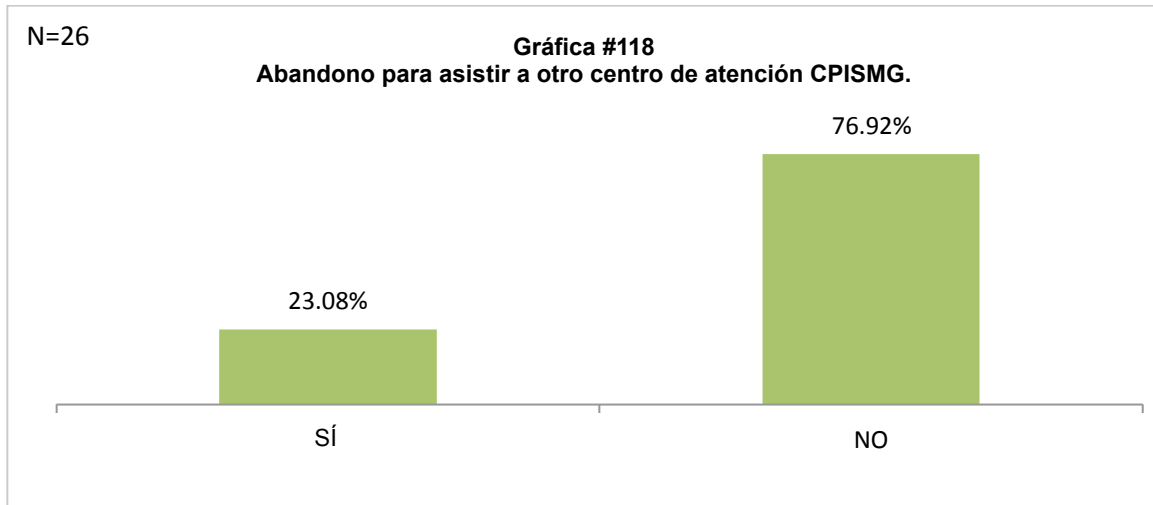




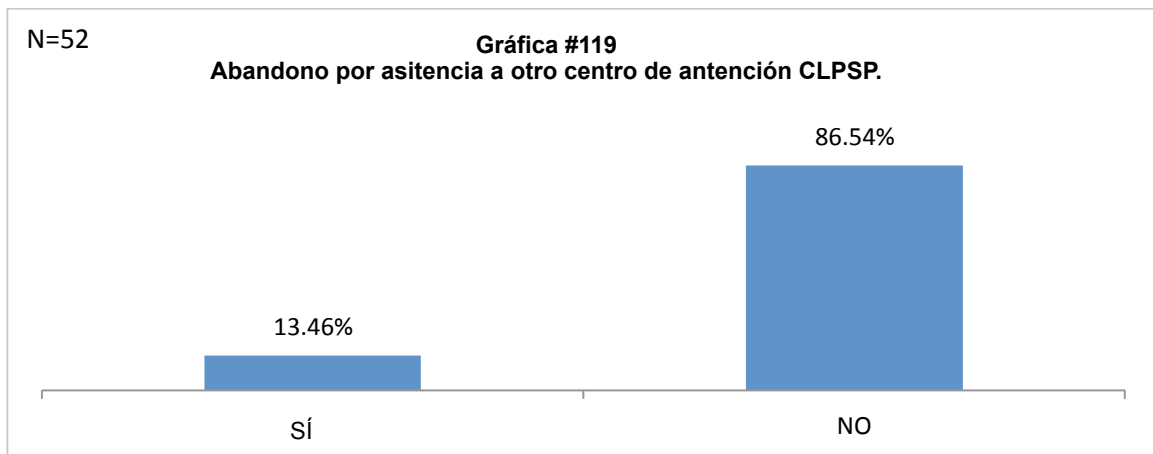
En la gráfica anterior se puede observar que el 28.85% de los encuestado en el CLPSP indicaron que el abandono de su proceso se dio por sugerencia de un tercero.



En la gráfica anterior se puede observar que el 53.33% de los encuestados en el CLPSP, que refirieron que el abandono de su proceso se dio por sugerencia de un tercero, indicaron que fue por sugerencia de un familiar.



En la gráfica anterior se puede observar que el 23.08% de los encuestados en el CPISMG indicaron que el abandono de su proceso se dio por que decidieron asistir a otro centro de atención psicológica.



En la gráfica anterior se puede observar que el 13.46% de los encuestados en el CLPSP indicaron que el abandono de su proceso se dio por que decidieron asistir a otro centro de atención psicológica.

#### 4.6 Cotejo de expedientes:

**Tabla #09**  
**Cotejo de contenidos de los expedientes clínicos de los pacientes que abandonaron su proceso en el CPISMG - año 2013**

**N=46**

Cotejo	SÍ	NO
Informe de cierre	95.65%	4.35%
Notas de evolución completas	52.17%	47.83%
Informe psicológico	26.09%	73.91%
Plan terapéutico	26.09%	73.91%
Pruebas psicométricas (incluye informe)	47.83%	52.17%
Informe consolidado de recepción	2.17%	97.83%
Documentos de información	95.65%	4.35%
Ficha que refleje si el caso fue supervisado	0%	100%
Diagnóstico multiaxial	10.87%	89.13%

**N=12**

Plan terapéutico que refleje claramente el modelo y técnica utilizada	75%	25%
---	-----	-----

En la tabla anterior se puede observar que el 73.91% de los expedientes clínicos no contienen informe psicológico ni plan terapéutico, en el mismo porcentaje los expedientes no contenían un plan terapéutico completo.

**Tabla #09**  
**Cotejo de contenidos de los expedientes clínicos de los pacientes que abandonaron su proceso en el CLPSP - año 2013**

**N=46**

Cotejo	SÍ	NO
Informe de cierre	100%	0%
Notas de evolución completas	100%	0%
Informe psicológico	100%	0%
Plan terapéutico	100%	0%
Pruebas psicométricas (incluye informe)	100%	0%
Informe consolidado de recepción	100%	0%
Documentos de información	100%	0%
Ficha que refleje si el caso fue supervisado	100%	0%
Diagnóstico multiaxial	100%	0%

**N=12**

Plan terapéutico que refleje claramente el modelo y técnica utilizada	100%	0%
---	------	----

En la tabla anterior se puede observar que el 100.0% de los expedientes clínicos contienen todos los documentos requeridos.

## V. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación están dirigidos en la delimitación de los factores y razones, considerados determinantes, para que una persona abandone su proceso psicoterapéutico por falta de adherencia, antes de cumplir sus objetivos. Se eligió un grupo de expertos, que definieron los factores determinantes en cuanto a la falta de adherencia al proceso y que son más significativos como razón para el abandono de un proceso psicoterapéutico.

Por un lado el abandono de un proceso psicoterapéutico, por falta de adherencia definido por los expertos, se establece como multicausal; es decir, que el paciente deja inconcluso su proceso por una combinación de razones que le impiden seguir asistiendo a la consulta.

El presente estudio, además de constatar el impacto de los factores sociodemográficos, como la capacidad de pago del paciente y la ubicación del centro de atención, pretende ofrecer datos nuevos que permitan a los centros estudiados y sus terapeutas una predicción temprana de los factores que favorecen el abandono y les permitan tomar medidas e intervenciones oportunas para aumentar la adherencia de las personas a sus tratamientos, y con esto incrementar las posibilidades de que los sujetos que buscan ayuda pueda alcanzar los objetivos terapéuticos y complemente lo planteado en los planes terapéuticos.

Desde los primeros resultados se hace evidente la magnitud del problema del abandono terapéutico, comprobado que más de la cuarta parte de los pacientes que consultan abandonan el proceso en las primeras sesiones y sin lograr avances significativos, esto es especialmente importante considerando que el abandono se define como la interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos según lo indican Gavino y Godoy (1993).

En el caso del CPISMG 46 de 122 pacientes abandonaron su procesos psicoterapéutico, en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2013 correspondiente al 37.70% de los consultantes; en cuanto al CLPSP 86 de 323 pacientes abandonaron su proceso, en el mismo periodo de tiempo, lo que implica el 26.62% de personas que solicitaron apoyo psicológico clínico. Estos datos coincide con Castañeda (1997), que refiere que la mayoría de los autores de los estudios realizados en España y Latinoamérica ubican una tasa de abandono entre el 30% y el 50%. Estos resultados coincide también con Sirvent (2009), que refiere que entre un 20% y un 57% de los pacientes no vuelven a terapia después de la primera sesión y entre el 31% y 56% no completan más de cuatro sesiones.

La mayoría de los pacientes que abandonaron su procesos en el CPISMG son pacientes que se encuentran en el rango de edad de entre 21 y 30 años, correspondiente al 38.46% y en el caso de CLPSP los pacientes adolescentes-jovenes que se encuentran entre los 11 y 20 años de edad, lo cual nos permite inferir que son los adolescentes y adultos jóvenes los que presentan mayor índice de abandono de sus procesos terapéuticos. Este dato coincide con los resultados del estudio realizado por López, Kuhne, Pérez, Gallero y Matus (2010), que establecieron la edad promedio de los pacientes que abandonan el procesos psicoterapéutico en 22 años.

Moreno, Rozo y Cantor (2012), refieren que el estrato social es un factor a considerar al momento del abandono, en este sentido es relevante mencionar que en este estudio la mayoría de pacientes que abandonan su proceso provienen de hogares con más de cinco miembros, 65.38% en el caso del CPISMG y el 61.54% en el caso del CLPSP, dato que contrastado con el ingreso promedio por debajo los Q.3,000.00 (73.08% para el CPISMG y 71.15% para el CLPSP), hacen visible que el factor económico es una variable que caracteriza a los pacientes que han abandonado su proceso.

En cuanto a lo mencionado por la experta anteriormente citada cabe resaltar que más del 80% de los encuestados indicaron que el CPISMG y CLPSP no fueron sus primeras opciones de atención, ya que habían asistido previamente a otro centro de

atención psicoterapéutica; el 84.62% en el caso del CPISMG y el 80.77% en el caso del CLPSP. También se puede observar que más de la mitad de los encuestados indicaron que no habían sido informados claramente sobre los objetivos del proceso, en el caso del CPISMG el 76.92% y en el CLPSP el 63.46%. Otro dato relevante es que la mayoría de los pacientes que abandonaron el proceso también refirieron tener una enfermedad física crónica, el 88.46% en el caso del CPISMG y el 82.69% en el caso CLPSP, lo que contrasta considerablemente con el total de la población entendida en el área de psicología clínica que refirió sufrir de una enfermedad física crónica, que no supera el 20% en ambos centros de atención.

En relación a los factores relativos a la terapia y al terapeuta, el estudio revela que en el caso del CPISMG el 53.85% de los consultantes identificaron a sus terapeutas mayores que ellos, mientras que en el CLPSP el 71.15% de los entrevistados los identifican como menores en edad que ellos; esta diferencia radica que en el CPISMG centra su atención en la población comprendida entre los 12 y 24 años mientras que el CLPSP atiende a personas de todas las edades. Otro dato importante a considerar es que la mayoría de los terapeutas en ambos centros son mujeres, 100% en el caso del CPISMG y 78.85% en el caso del CLPSP, esto se puede atribuir a que en Guatemala la carrera de psicología clínica es estudiada principalmente por mujeres. Los resultados evidenciados en cuanto a estos factores deben ser considerados ampliamente, puesto que como lo describe Muñoz (2004), 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.

Por su parte Rondón, Otálora, y Salamanca (2009), a este respecto refieren que no es posible ignorar la condición de sujeto del paciente ya que valorará, positiva o negativamente lo que observa y percibe del terapeuta, por lo que factores como la personalidad y rasgos propios del terapeuta, los intereses y actitudes que manifieste serán reconocidos como variables que pueden incidir en la adherencia al proceso; refieren también que se ha encontrado que cuando paciente detecta al terapeuta como poco

experto, desconfiable y desagradable, genera una insatisfacción suficiente para tomar la decisión de abandonar el proceso.

En cuanto a la precepción del paciente sobre la edad del terapeuta, la minoría de los encuestados refirieron considerar demasiado joven al personal para ser terapeuta (15.38% CPISMG 26.92% CLPSP) y en ambos se mantuvo bajo el 20% de los encuestados que catalogaron esto como motivo para abandonar su proceso, esto seguramente porque, en ambos centros, los pacientes son informados en su primera visita que los terapeutas son estudiantes practicantes del último año de licenciatura. En esta misma línea, la precepción del paciente en cuanto a la experiencia del terapeuta asignado es sustancialmente diferente a la de la edad, el 30.77% CPISMG y el 34.62% CLPSP de los encuestados consideran que los terapeutas asignados no contaban con la experiencia o conocimiento necesario para tratar su motivo de consulta; este dato cobra aún mayor relevancia porque la gran mayoría de los encuestados consideran que la inexperiencia o falta de conocimiento por parte del terapeuta asignado en un factor relevante para suspender el proceso antes de concluirlo (el 61.54% en CPISMG y el 73.08% CLPSP). Por su parte a este respecto Chazenbalk, Mammi, Nachman, Parera, Reizes y Arcuschin (S/F), determinan que debemos recalcar el papel protagónico en el proceso el estilo personal del terapeuta, ya que como ha sido demostrado a partir de minuciosas investigaciones, tiene incidencia en dicho proceso. Todo ello permite establecer que el instrumento más importante de la psicoterapia es la personal del terapeuta.

En este sentido el presente estudio revela que, en el caso del conocimiento de un plan terapéutico, muy pocos de los pacientes indican que les fue dada esta información por parte del terapeuta; solo el 19.23% para los entrevistados del CPISMG y el 34.62% para los entrevistados del CLPSP refirieron conocer el plan terapéutico para su proceso. Este dato es especialmente relevante, debido a que el plan terapéutico guía el proceso, establece objetivos, técnicas y plazos de intervención tal y como lo indican los expertos citados con anterioridad; el hecho que el paciente lo conozco esta relacionado con su involucramiento en su tratamiento psicológico y es en este sentido que protocolos de intervención psicológica, como por ejemplo los utilizados en centros de atención de

drogodependientes del Instituto de Madrid-Salud, refieren que todo plan de intervención o plan terapéutico no debe considerarse como definitivo sino hasta que sea consensuado con el paciente, incluso con su familia, porque es necesario socializar los objetivos para que sean efectivos y con ello fortalecer la adherencia al proceso. Al preguntar a los encuestados sobre si les fueron presentados los objetivos terapéuticos del proceso el 61.54% en el caso del CPISMG y el 26.92% en el casos del CLPSP indicaron que no, en ambos centros la mayoría de los encuestados refirieron que este definitivamente es un motivo para abandonar el proceso. En el caso de la precepción del paciente en cuanto a la identificación de avances en el procesos, con relación de su motivo de consulta, el 76.92% de los encuestados en el CPISMG y el 82.69% de los encuestado en el CLPSP dijeron que sí pudieron identificar avances; en este sentido la mayoría de los encuestados refieren que de no constatar resultados en cuanto a su motivo de consulta abandonaría el proceso (88.46% en el CPISMG y el 82.69% en el CLPSP). Respecto a las técnicas utilizadas la mayoría de los encuetados refirieron que de no sentirse cómodos con ellas suspendería la consulta (92.31% CPISMG y 88.46% CLPSP), por otro lado el 92.31% de los encuestados en el CPISMG y el 94.23% en el caso del CLPSP exteriorizaron que de presentarse un problema personal, o un desacuerdo en cuanto al procesos, que no se resolviera oportunamente sería una razón para abandonar el proceso psicoterapéutico.

En relación a la duración del proceso la mayoría de los encuestados respondieron que si el motivo de consulta no se resolvía en un plazo promedio de un año seguramente lo abandonarían (84.62% CPISMG y 61.54% CLPSP). En este sentido Muñoz (2004), refiere que el efecto de la duración del tratamiento ha sido ampliamente estudiado en los tratamientos psicoterapéutico y que tanto la duración de la terapia como la limitación del tiempo que esta va a llevar parecen estar asociadas a la adherencia terapéutica.

En el caso de los pacientes incluidos en este estudio, tres de cada diez pacientes, del CLPSP (30.77%), indicaron tener dificultades para pagar la cuota por el servicio. En el caso de CPISPS esta pregunta no se incluyó en la encuesta, ya que los servicios son prestando de manera gratuita. En relación a los gastos de trasporte el 34.62% (CPISMG) y el 23.08% (CLPSP) de los entrevistados en los centros donde se implementó el estudio,



indicaron no tener un presupuesto fijo establecido para transportarse hacia el centro los días que tenían cita. Por otra parte 73.08% de los encuestados en el CPISMG y el 46.15% de los encuestados en el CLPSP indicaron que tuvieron que privilegiar sus horarios laborales a los horarios asignados para su terapia debido a que no podían abandonar su puesto en dichas horas. Muñoz (2004), señala que el nivel socioeconómico de los pacientes que acuden a tratarse en el área de salud mental es una de las variables más estables y que el bajo nivel socioeconómico está visiblemente relacionado con el abandono terapéutico. Refiere también que las personas con nivel socioeconómico bajo tienen una escala de necesidades en la cual el tratamiento psicológico está relegado, ya que existen otras necesidades primarias más inmediatas que son prioritarias.

En relación a las razones de tipo demográfico el 34.62% de los entrevistados consideraron que la ubicación del CPISMG estaba lejos de su hogares y el 19.23% refirió que considera este un factor para abandonar su proceso. En el caso del CLPSP la tendencia es mayor considerando que el 46.15% de los entrevistados creyeron que el centro está lejos de su hogares y 26.29% consideran esto una razón para abandonar su proceso. Los entrevistados también respondieron la pregunta respecto a si consideraba segura la ubicación geográfica del centro de atención, en el caso del CPISMG el 73.08% de los entrevistados indicaron que consideraban peligrosa la ubicación y el 19.23% coincidieron en que esto podía influir en que decidieran no asistir más al proceso. En el caso del CLPSP el 96.15% de los entrevistados indicaron que consideraban peligrosa la ubicación y el 42.31% refirieron que esto podía influir en que decidieran no asistir más a su proceso. Muñoz (2004), en su estudio detalla que en las investigaciones 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.

En relación a las razones vinculadas al proceso cabe resaltar que, en cuanto al periodo transcurrido entre la evaluación diagnóstica y el inicio del tratamiento terapéutico, el 61.64% los entrevistados del CPISMG indicaron que fue extenso, dato que es

relevante para este centro en particular porque, debido a la alta demanda del servicio, los pacientes son inicialmente evaluados y luego entran a una lista de espera para poder iniciar un proceso psicoterapéutico. En el caso del CLPSP el dato no es significativo, debido a que solo el 1.92% consideró largo el periodo entre la evaluación y el inicio del tratamiento, es importante mencionar que este centro difiere en la política del CPISMG, por que el diagnóstico y el proceso terapéutico son asignados al mismo terapeuta y son realizado de manera consecutiva; por otro lado la mayoría de los encuestados, en ambos centros, indicaron que un tiempo demasiado prologado dentro de estas dos etapas del proceso definitivamente sería un razón de falta de adherencia a su proceso (69.23% CPISMG y 76.92% CLPSP).

La labor y las políticas instituciones de los centros de atención también tienen relación con al adherencia al proceso, como lo indican Rondón, Otálora, y Salamanca (2009), “Los errores institucionales que se pueden cometer, es otra de las variables determinantes a la hora de elegir no continuar un tratamiento; en muchas ocasiones las fallas en procesos de derivación, el entorpecimiento en la recepción de datos, en el manejo de información, largos plazos para acceder a las citas, cambios frecuentes de terapeuta, o problemas para encontrar cupos en centros de salud mental, fuerzan a los consultantes a abandonar la terapia” (p.140).

En cuanto a las razones relacionas al centro de atención la mayoría de los encuestados, el 88.46% para el CPISMG y el 98.08% para el CLPSP, refirieron que consideraban que el centro contaban con instalaciones adecuadas para prestar sus servicios; el 3.85% (CPISMG) y el 42.31% (CLPSP) de los entrevistados en el centro landivariano indicaron que si el centro no contara con instalaciones adecuadas para prestar los servicios dejaría de asistir. En relación a la atención recibida por el personal de los centros, el 96.15% (CPISMG) y el 98.08% (CLPSP) de los encuestados, indicaron satisfacción por la atención recibida por el personal en general. El 46.15% (CPISMG) y el 40.38% (CLPSP) de los entrevistados (cuatro de cada diez personas) respondieron que de llegar a tener una mala atención por parte del personal dejarían de usar los servicios de psicología en dichos centros. El 50% (CPISMG) y el 48.08% (CLPSP) del los

encuestados indicaron que los días que le fueron asignados eran inconvenientes para ellos mientras que el 38.46% (CPISMG) y el 36.54% (CLPSP) de los encuestados indicaron que este sería un motivo para dejar de utilizar los servicios de psicología en estos centros. Este último dato se hace aún más relevante al observar que según los resultados el 46.15% (CPISMG) y el 32.69% (CLPSP) de los entrevistados refirieron que consideraban que los horarios que les asignaron eran inconvenientes para ellos; además manifestaron que un horario inconveniente para sus cita sería un razón de abandono del proceso, el 38.46% de los encuestados en el caso del CPISMG y el 26.96% en el caso del CLPSP.

En cuanto al estado físico del centro se les preguntó a los encuestados sobre el estado de los servicios sanitarios, en el caso del CPISMG más del 90% de los entrevistados indicaron que los baños de pacientes se encontraban en malas condiciones, dato que contrasta con el CLPSP donde el 100% de los encuestados refirió que los baños se encontraban en buen estado; sin embargo, para todos los encuestados esto sería un razón para dejar de asistir al centro. Por otro lado todos los entrevistados de ambos centros puntualizaron que consideraban que el centro en su interior era seguro y más del 60% de ellos coincidieron que de ser inseguro dejaría de asistir. En relación al estado de la sala de espera de los centros de atención más de las dos terceras partes de los encuestados de ambos centros indicaron encontrar las instalaciones en condiciones aceptables, en este mismo sentido la mitad de los entrevistados en ambos centros coincidieron que el aspecto más importante a mejorar es la ventilación y el mobiliario. Sobre el estado de las clínicas la mayoría de los encuestados refirió encontrarlas en un buen estado y consideran que el aspecto más importante a mejorar es la ventilación, en referencia a que sí garantizan la privacidad el 15.38% de CPISMG indicaron que no consideraban que cumplían con esta característica, en contraste con el CLPSP en el que 100% de los entrevistados consideraron que sí la cumplían; en ambos centros más de la mitad de los consultados indicaron que la falta de privacidad para sus sesiones sería un motivo para no asistir más a su proceso.

En cuanto a otras posibles razones de abandono se puede mencionar que el 69.23% en el caso del CPISMG y el 15.38% en el caso del CLPSP de los encuestados revelaron que no fueron contactados por el personal del centro al momento de abandonar su proceso para indagar sobre las razones, por otro lado más de la mitad de los encuestados en ambos centros indicaron que abandonaron su procesos por sugerencia de un familiar y los que dijeron haber abandonado el proceso para asistir a otro centro están por debajo del 25% de los encuestados en ambos centros.

Finalmente los datos revelados en este estudio refirman lo que Muñoz (2004), indica respecto a que a partir del estudio de las variables sociodemográficas, clínicas, asistenciales, relativas a la terapia y al terapeuta se puede proponer 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 dolencias psicológicas y trastornos mentales.

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Dentro de las razones con mayor porcentaje, que los pacientes encuestados considera como determinantes para abandonar el proceso, están la experiencia y conocimiento del terapeuta asignado, la identificación del paciente en cuanto a los avances relacionados a su motivo de consulta y la información que se le proporcionó al paciente en cuanto a un plan terapéutico u objetivos terapéuticos.
- 6.2 Las razones por las cuales un paciente abandona su proceso psicoterapéutico antes de cumplir sus objetivo terapéutico es multicausal, por lo que es necesario ver el fenómeno como un conjunto de variables que llevan al paciente a abandonar el proceso psicoterapéutico.
- 6.3 Basado en los resultados obtenidos en el presente estudio se puede inferir que no existe un perfil personal del paciente que abandona el proceso, ya que las razones están sujetas a las condiciones en las que le son presentados los servicios y no solamente en sus atributos personales.
- 6.4 El abandono terapéutico tiene implicaciones económicas para los centros de atención debido que se invierten recursos y horas de trabajo del personal en procesos que no se concluyen y que por consecuencia no tiene un impacto en la salud mental de los consultantes.
- 6.5 Los resultados revelan que los factores más significativos en cuanto al centro atención fueron la ubicación, la seguridad y la accesibilidad.

## VII. RECOMENDACIONES

Luego de analizar los resultados del presente estudio se recomienda:

- 7.1 Considerando que ambos centros funcionan con terapeutas practicantes es necesario establecer protocolos de abordaje psicoterapéutico para los tipos de consulta más recurrentes, en los que se definan con claridad los objetos y metas básicas a alcanzar, el número de sesiones y duración mínimo del proceso y que estén basados en las técnicas de la psicoterapia breve.
- 7.2 Establecer contratos terapéuticos obligatorios y por escrito, en los que se definan los horarios, días de consulta y el modelo de terminación de la relación terapéutica, diferenciando las sesiones informativas del proceso psicoterapéutico, con el fin de que los pacientes tenga un consentimiento informado y decida si desea o no iniciar una terapia bajo las condiciones que el centro le puede ofrecer.
- 7.3 Establecer como norma una sesión de carácter informativo antes de iniciar el proceso de psicoterapia, con el objetivo de informar al pacientes o sus encargados en que consistirá el proceso de evaluación y psicoterapia que dará respuesta concreta a su motivo de consulta.
- 7.4 Incluir dentro del estudio socioeconómico los costos semanales de transporte, hacia el centro de atención, con el objetivo de que esté considerado al momento de fijar la cuota por el servicio de atención psicológica.
- 7.5 Realizar encuestas de opinión y satisfacción aleatorias y permanentes con los pacientes con el objetivo de identificar tempranamente la falta de adherencia y el posible abandono terapéutico.

- 7.6 Socializar este estudio con el personal y practicantes de los centros de atención con el fin de que conozcan los factores que influyen la falta de adherencia e identifiquen como, desde su que hacer diario, puede colaborar a reducir el índice de abandono.
- 7.7 Implementar otros estudios relacionados con el tema de falta de adherencia que provoca el abandono terapéutico, enfocados especialmente a profundizar en los relativos a la terapia y al rol del terapeuta.
- 7.8 En la investigación bibliográfica realizada se pudo constatar que no existen estudios, al menos de acceso público, sobre abandono terapéutico en entidades de proyección social en Guatemala, lo que hace necesarios plantear más estudios de este tipo para describir y abordar de mejor manera este fenómeno.
- 7.9 Establecer estudios sobre abandono terapéutico en los otros servicios prestados por los centros asistenciales incluidos en este estudio. En el caso del Centro Landiviano de Práctica y Servicios de Psicología dirigido a los servicios de psicología educativa y en el caso del Centro de Promoción Integral de la Salud Municipal enfocado a los servicios de medicina y nutrición.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achaerandio, L. (2000). *Iniciación a la práctica de la investigación*. 6ta Edición. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Am J Psychiatry. 1997;154 (4 Suppl):1-63

Argimon, J. y Jiménez, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 2da. Edición. España: ELSEVIER.

Bermúdez, C. y Navia, C. E. (2013). *Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja*. Revista Colombiana de Psicología, 22(2), 333-343.

Botella, L. y Corbella, S. (2011). *Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico*. Boletín de Psicología, No. 101; pp. 21-33.

Castañeda, I. (1997). *Estudios sobre el abandono terapéutico en las consultas de salud mental*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Alicante, Alicante, España.

Catalina, M., Cruz, I., Real, J., Gascó, E. y Galván, L. (2010). *Duration and adherence of anti-depressant treatment (2003 to 2007) based on prescription data base*. European Psychiatry, 25, 206–213. Recuperado el 1 de marzo de 2014 de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3388](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3388)

Chazenbalk, L., Mammi, K., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M. y Arcuschin, O. (S/F). *La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico*. Recuperado el 4 de marzo de 2014 de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2007.pdf>



Feixas, G. y Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. España: Editorial Paidós.

Fréchette, L. (2003). *Algunos factores que favorecen un proceso de cambio y de curación*. Recuperado el 12 de marzo del 2014 de <http://www.bioenergeticsaab.com/pdf/FactoresFavorecenCambio.pdf>

Gavino A. y Godo, A. (1993). Motivos de abandono en terapia de conducta. Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 19 (66) 511–536.

Guajardo, H. y Kushner, D. (S/F). *La reeducación de la familia en el proceso de rehabilitación de los trastornos adictivos*. Recuperado el 6 de marzo del 2014 de [http://www.trad.cl/publi/la\\_reeducacion\\_de\\_la\\_familia\\_en\\_.htm](http://www.trad.cl/publi/la_reeducacion_de_la_familia_en_.htm)

Instituto de Adicciones de Madrid Unidad de Salud Ayuntamiento de Madrid, España (2014). *Protocolo de intervención psicológica en los centros de atención a drogodependientes*. Recuperado el 12 de marzo de 2014 de [http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/protocolo\\_psicologico.pdf](http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/protocolo_psicologico.pdf)

Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1998). *Psicología clínica: perspectivas científicas y profesionales*. España: Limusa.

López, M., Kuhne, W., Pérez, P., Gallero, P., y Matus, O. (2010). *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología* 3(1); pp. 99-107.

Moreno, J., Rozo, M. y Cantor, I. (2012) *Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Vol. 6 No.2, julio-diciembre; pp. 23-24.

Muñoz, E. (2004) *Factores determinantes en le abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida*. Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

Porcel, M. (2005) *El abandono en las terapias psicológicas*. Aposta, Revista de Ciencias sociales.

Rivadeneira, L. (2001). Guatemala: población y desarrollo. *Un diagnóstico sociodemográfico*. SEGEPLAN/CEPAL Serie Población y Desarrollo. Santiago: Chile.

Rodríguez, C. (2011). Revista electrónica de psicoterapia, *Clínica e investigación relacional*. Vol. 5(3) Octubre 2011; pp. 457-471.

Rondón, A., Otálora, I. y Salamanca, Y. (2009) *Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica*. International Journal of Psychological Research, 2(2) 137-147.

Sirvent, C. (2009). Revista Norte de Salud Mental. Madrid, España. No. 33:51–58.

Valdivieso, S. (1994). Fundamentos y límites de la psicoterapia. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 97-102

Velásquez, M. y Velásquez, E. (2013). Protocolo de Investigación: *Primera Encuesta de Victimización y Percepción de la Seguridad Pública* en el Municipio de Guatemala.

Velásquez, M., Velásquez, J., Galindo, A. (2014). *Manual de Procedimientos*. Centro de Promoción integral de la Salud de la Municipalidad de Guatemala.

## **ANEXOS**



**Instrucciones:** esta encuesta tiene como finalidad recuperar información para el estudio FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO, EN LAS PERSONAS QUE SOLICITAN APOYO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, EN EL CENTRO LANDIVARIANO DE PRÁCTICA Y SERVICIOS DE PSICOLOGÍA Y EN EL CENTRO DE PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE GUATEMALA.", la cual debe de realizarse vía telefónica. Al momento de contactar a la persona deberá confirmar su identidad para saber que es quien se desea entrevistar, también debe explicarle quien es usted e indicarle los motivos de su llamada. Deberá explicarle ampliamente los objetivos del estudio y el uso que se le dará a la información. Deberá indicarle que la encuesta es totalmente voluntaria, que no está obligado a participar y que es totalmente confidencial. Al finalizar agradezca por el tiempo y la información proporcionada.

### Datos Sociodemográficos

Fecha:  Tipo de Entrevistado: Paciente  Responsable

Edad:  Sexo: M  F  Etnia:  Ladino  
 Maya  
 Xinca  
 Garífuna  
 Extranjero

Municipio:  Zona:

Departamento:

¿El jefe del hogar actualmente trabaja? Sí  No

Ingreso promedio Familiar:  ¿Cuántas personas conforman su hogar?

### Factores Clínicos Asistenciales

1. ¿Ha asistido a algún otro centro asistencial a recibir la misma atención psicológica? Sí  No

1.1 ¿Fue antes o después de visitar el centro de atención? Antes  Después

2. ¿Asistió en forma simultánea a alguna otra institución a recibir atención psicológica? Sí  No

3. ¿En los centros de atención que usted ha asiste, se le ha dado algún diagnóstico? Sí  No

4. ¿Tiene alguna enfermedad física crónica? Sí  No

4.1 ¿Cuál?:

### Factores Relativos a la Terapia al Terapeuta

1. ¿El terapeuta era mayor o menor de edad que usted? Mayor  Menor

2. ¿El terapeuta era hombre o mujer? Hombre  Mujer

3. ¿El terapeuta le presentó algún plan terapéutico relacionado a su motivo de consulta? Sí  No

### Razones de Abandono del Proceso Terapéutico

#### Razones Económicas

1. ¿No le alcanzaba para pagar la terapia? Sí  No

2. ¿No tenía para el transporte? Sí  No

3. ¿Los horarios de trabajo y/o estudio no lo permitían? Sí  No



### Razones Demográficas

1. ¿El centro de atención está muy lejos de su residencia? Sí  No
- 1.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
2. ¿El centro de atención está en un lugar que usted considera peligroso? Sí  No
- 2.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
3. ¿Falta de transporte público cercano al centro de atención? Sí  No
- 3.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
4. ¿Falta de parqueo en el centro de atención? Sí  No
- 4.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No

### Razones Relacionada al Centro de Atención

1. ¿Las instalaciones le parecen las adecuadas? Sí  No
- 1.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
2. ¿Cómo fue la atención de Recepción y del personal en general? Buena  Mala
- 2.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
3. ¿Los días de su terapia para usted eran? Convenientes  Inconvenientes
- 3.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
4. ¿Los horarios de su terapia para usted eran? Convenientes  Inconvenientes
- 4.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
5. ¿Cómo considera los servicios sanitarios? Adecuados  Inadecuados
- 5.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
6. ¿Cómo considera las instalaciones? Seguras  Inseguras
- 6.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
7. ¿Considera la sala de espera un lugar adecuado para espera su sesión? Sí  No
- 7.1 ¿Qué mejoraría? Iluminación  Ventilación  Mobiliario
- 7.2 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
8. ¿Las clínicas le parecen adecuadas y cómodas para tomar su sesión? Sí  No
- 8.1 ¿Qué mejoraría? Iluminación  Ventilación  Mobiliario
- 8.2 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
9. ¿Las clínicas garantizaban la privacidad en su sesión? Sí  No
- 9.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
10. ¿Cómo considera el tiempo entre las evaluaciones y la primera cita? Adecuado  Inadecuado
- 10.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No



### Razones Relacionada al Terapeuta o Proceso

1. ¿El terapeuta le pareció demasiado joven? Sí  No
- 1.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
2. ¿Le pareció que el terapeuta tenía la experiencia y conocimiento necesario? Sí  No
- 2.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
3. ¿Se plantearon los objetivos de su proceso? Sí  No
- 3.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
4. ¿Observó avances sobre su Motivo de Consulta? Sí  No
- 4.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
5. ¿Considera que el proceso fue demasiado largo? Sí  No
- 5.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
6. ¿Considera que las técnicas eran las adecuadas para usted? Sí  No
- 6.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
7. ¿Tuvo algún problema con el terapeuta? Sí  No
- 7.1 ¿Cuál?:
- 7.2 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
8. ¿Considera que la presentación personal del terapeuta era? Adecuada  Inadecuada
- 8.1 ¿Esto influyó para que dejara de asistir? Sí  No
9. ¿El centro de atención ya no le dio seguimiento a su caso? Sí  No

### Otras Razones

1. ¿Dejó de asistir por sugerencia de otra persona? Sí  No
- 1.1 ¿Quién le sugirió esto? Familiar  Amigo  Otro
2. ¿Dejó de asistir por que visita otro centro de atención? Sí  No
3. ¿El centro de atención cerró su caso? (el centro pidió que se retirara) Sí  No
- 3.1 ¿Cuál fue la razón?:

Responsable de la entrevista:

Instrumento diseñado por: Manuel Velásquez Alvarado

Revisión técnica y validación por los expertos:

Dr. Ernesto Velásquez. Médico, investigador social y experto en salud urbana - Coordinador General OSU  
 Mgr. Ana Lucía Galindo. Psicóloga clínica y coordinadora del programa de salud mental - Dirección de Salud Municipalidad de Guatemala  
 Dra. Tatiana Paz. Antropóloga sociocultural e investigadora social, Directora departamento de Antropología UVG  
 Mgr. Luis Ernesto Velásquez. Antropólogo sociocultural e investigadora social, experto en estadística - PNUD  
 Jorge Mario Gómez. Investigador, experto en monitoreo de campo - OSU Municipalidad de Guatemala

Diseño Gráfico: Allan Gómez - OSU Municipalidad de Guatemala

Encuesta Sobre Factores Determinantes en el Abandono del Proceso Terapéutico en Psicología





# FICHA DE COTEJO DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Proyecto Sobre Factores Determinantes en el Abandono del Proceso Terapéutico en Psicología



Instrucciones: esta es una ficha para cotejar el contenido de los expedientes físicos de los pacientes incluidos dentro del estudio "FACTORES QUE DETERMINAN EL ABANDONO DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO, EN LAS PERSONAS QUE SOLICITAN APOYO DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, EN EL CENTRO LANDIVARIANO DE PRÁCTICA Y SERVICIOS DE PSICOLOGÍA Y EN EL CENTRO DE PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE GUATEMALA." Está basado en el contenido mínimo que los Centros de Servicios han determinado que deben de contener. Deberá revisar el expediente y comprobar si contiene lo que la ficha de cotejo indica, tome en cuenta que los expedientes son documentos oficiales, profesionales y en algunos casos con relevancia legal por lo que, para efectos de este estudio, los documentos deberán estar completos y según lo especificado, todos aquellos que no cumpla con estos requerimiento se anotaran como ausentes, por ejemplo: si un expediente tiene los test aplicados pero estos no están acompañados por su informe y ficha de calificación se deberá poner en la ficha de cotejo como inexistente.

Fecha de cotejo:  Número de expediente:

Lugar de cotejo:

Cotejado por:

	SI	NO
Informe de cierre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nota de evolución completo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informe psicológico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan terapéutico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba psicométrica (incluyendo informe):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informe consolidado de recepción (casos de año anterior):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentos de información:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficha que refleje si el caso fue supervisado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan terapéutico que refleja claramente el modelo y técnica utilizado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico multiaxial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Información Complementaria \*

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

Instrumento diseñado por: Manuel Velásquez Alvarado

\*no requerida para el estudio

Revisión técnica y validación por los expertos:  
Dr. Ernesto Velásquez, Médico, investigador social y experto en salud urbana - Coordinador General OSU  
Mgr. Ana Lucía Galindo, Psicóloga clínica y coordinadora del programa de salud mental - Dirección de Salud Municipalidad de Guatemala  
Dra. Tatiana Paz, Antropóloga sociocultural e investigadora social, Directora departamento de Antropología UVG  
Mgr. Luis Ernesto Velásquez, Antropólogo sociocultural e investigadora social, experto en estadística - PNUD  
Jorge Mario Gómez, Investigador, experto en monitoreo de campo - OSU Municipalidad de Guatemala

Diseño Gráfico: Allan Gómez - OSU Municipalidad de Guatemala