

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

**DESERCIÓN DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA EN CONSULTA EXTERNA,  
LUEGO DEL ALTA HOSPITALARIA, EN PACIENTES CON DEPRESIÓN  
MAYOR, DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL  
CARLOS ANDRADE MARÍN – QUITO, DURANTE EL PERIODO ENTRE  
ENERO - MARZO DE 2019**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO  
CIRUJANO

**PEDRO JUAN PORTILLO CADENA**

Director de tema de Titulación: DR. FREDDY CARRIÓN

**QUITO, 2019**

## DEDICATORIA

*A mi padre celestial, el forjador de mi camino.*

*A mi padre, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro. Por brindarme su comprensión, cariño y amor.*

*A mi madre, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día. Por sus palabras de aliento que no me dejaban decaer, para que siguiera adelante y siempre sea perseverante para cumplir mis ideales.*

## **AGRADECIMIENTO**

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Freddy Carrión, por su paciencia, sus saberes y experiencia en el ámbito de la salud; como docente y director de tesis.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por brindarme la formación profesional en la carrera de Medicina.

Al hospital Carlos Andrade Marín, a la Coordinación General de Investigación y al Departamento de Salud Mental por haber hecho posible la consecución de este objetivo

## INDICE

CAPITULO I .....	9
RESUMEN .....	9
INTRODUCCIÓN: .....	11
JUSTIFICACIÓN: .....	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	14
2.1 LA DEPRESION MAYOR EN EL CONTEXTO GENERAL .....	14
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	14
2.3 FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DEPRESIÓN MAYOR	15
2.3.1 GÉNERO: .....	15
2.3.2 EDAD: .....	16
2.3.3 POSICIÓN SOCIOECONÓMICA.....	16
2.3.4 ESTADO CIVIL .....	16
2.3.5 TRAUMAS A EDAD TEMPRANA .....	17
2.3.6 ENFERMEDADES CRÓNICAS .....	17
2.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA DEPRESIÓN .....	17
2.5 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE LA DEPRESIÓN MAYOR .....	20
2.6 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR.....	22
2.6.1 PSICOTERAPIA .....	22
2.6.2 FARMACOTERAPIA.....	22
2.6.3 TERAPIA COMBINADA (FARMACOTERAPIA Y PSICOTERAPIA)	23
2.6.4 OTRAS TERAPIAS .....	24
2.6.5 LA TERAPIA PSICOLÓGICA COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE PARA LA DEPRESIÓN MAYOR .....	24
2.6.5.1 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC) .....	24
2.6.5.2 PSICOTERAPIA INTERPERSONAL (TIP) .....	25
2.6.5.3 TERAPIA PSICODINÁMICA .....	25
2.6.5.4 TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS .....	25
2.6.5.5 TERAPIA DE PAREJA Y FAMILIAR.....	26
2.6.5.6 TERAPIA DE GRUPO .....	26
2.7 LA DESERCIÓN TERAPÉUTICA .....	26
2.7.1 CAUSAS DE DESERCIÓN TERAPÉUTICA.....	27

2.7.1.1 FACTORES ASOCIADOS CON EL PACIENTE.....	28
2.7.1.1.1 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DE LA CONDUCTA.....	28
2.7.1.1.2 TRASTORNOS AFECTIVOS.....	29
2.7.1.2 FACTORES ASOCIADOS CON EL TERAPEUTA Y LA RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA.....	29
2.7.1.3 FACTORES ASOCIADOS A LA TERAPIA.....	30
2.7.1.4 FACTORES ASOCIADOS A LA INSTITUCIÓN.....	31
2.7.1.5 FACTORES SITUACIONALES.....	31
2.8 CONSECUENCIAS DEL ABANDONO TERAPÉUTICO.....	32
2.9 DESERCIÓN A NIVEL REGIONAL Y LOCAL.....	33
2.9.1 DATOS DE DESERCIÓN TERAPEUTICA A NIVEL REGIONAL.....	33
2.9.2 DATOS DE DESERCIÓN TERAPEUTICA A NIVEL LOCAL.....	33
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	35
3.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
3.1.2 OBJETIVOS.....	35
3.1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	35
3.1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
3.2 HIPÓTESIS.....	36
3.3 METODOLOGÍA.....	36
3.3.1 UNIVERSO.....	36
3.3.2 MUESTRA.....	36
3.3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	37
3.4 SELECCIÓN DE INFORMANTES:.....	37
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	37
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	37
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:.....	37
3.6 PROCEDIMIENTO CON LOS SUJETOS:.....	38
3.7 PROCEDIMIENTO DE CODIFICACIÓN DE RESPUESTAS.....	38
3.7.1 CLASIFICACION DE DATOS.....	38
3.7.2 ANÁLISIS DE CONTENIDOS.....	39
3.8 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	42
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	43
4.1 RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA ENCUESTA.....	43

4.2 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA .....	44
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN .....	66
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES .....	70
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES .....	72
BIBLIOGRAFÍA. ....	74
ANEXOS .....	79
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	79
ANEXO 2 .....	82

## **INDICE DE GRÁFICOS.**

<b>Figura 1:</b> Causas de deserción entorno al Bienestar. ....	45
<b>Figura 2:</b> Causas de deserción entorno al Desinterés.....	46
<b>Figura 3:</b> Causas de deserción entorno al Escepticismo. ....	48
<b>Figura 4:</b> Causas de deserción entorno a la Insatisfacción. ....	49
<b>Figura 5:</b> Causas de deserción entorno a la Salud.....	50
<b>Figura 6:</b> Causas de deserción según la Apreciación de la Enfermedad.....	52
<b>Figura 7:</b> Causas de deserción entorno a las Expectativas.....	53
<b>Figura 8:</b> Causas de adherencia entorno a las Experiencias Positivas. ....	55
<b>Figura 9:</b> Causas de deserción entorno a las Experiencias Negativas.....	56
<b>Figura 10:</b> Causas de adherencia entorno a la Apreciación de la Terapia. ....	58
<b>Figura 11:</b> Causas de deserción entorno a la Negatividad. ....	59
<b>Figura 12:</b> Causas de deserción entorno a los Limitantes.....	60
<b>Figura 13:</b> Causas de deserción entorno al Ambiente.....	61
<b>Figura 14:</b> Causas de adherencia entorno al Prototipo del Entorno.....	62
<b>Figura 15:</b> Causas de deserción entorno a la Situación Laboral. ....	63
<b>Figura 16:</b> Causas de deserción entorno a la Distancia.....	64
<b>Figura 17:</b> Causas de deserción entorno al Factor Económico.....	65

## **ÍNDICE DE TABLAS.**

**Tabla 1:** Categorías utilizadas para la integración de la información. .... 39

**Tabla 2:** Caracterización de la muestra. .... 43

## **CAPITULO I**

### **RESUMEN**

La Depresión es un síndrome que afecta a la esfera afectiva, caracterizada principalmente por un estado constante de tristeza y anhedonia que genera un problema biopsicosocial en el paciente. Un tratamiento adecuado y conjunto entre terapia farmacológica y psicológica, resulta ser eficaz en la remisión de la enfermedad. Sin embargo, las cifras de deserción a nivel de salud pública y privada, impide que el paciente logre su recuperación completa, obligando a recaer en los síntomas y un mal control de la patología.

**Objetivo:** Determinar las causas principales que obliga a la deserción de la terapia psicológica en pacientes con Depresión Mayor del Departamento de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo de Enero - Marzo del 2019.

**Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo de tipo cualitativo. Los pacientes con Depresión Mayor hospitalizados en el Departamento de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín, que hayan tenido intervención psicoterapéutica previa y hayan desertado fueron parte de esta investigación. Un número de 16 pacientes, entre las edades de 15 a 64 años, abarcando las diferentes áreas sociodemográficas: género, edad, género, estado civil, nivel educativo, situación laboral o educativa y comorbilidades, fueron el tamaño representativo para este estudio.

Se realizó una entrevista semiestructurada a cada uno de los participantes durante el periodo Enero-Marzo del 2019 y se grabó los testimonios hablados. Para el desarrollo analítico narrativo del contenido, se utilizó el software de *Atlas.ti*, donde se identificaron los patrones repetitivos, de las temáticas principales analizadas. Finalmente, se agrupó los resultados en características sobresalientes para el estudio.

**Resultados:** Los pacientes encuestados fueron en su mayoría del sexo femenino. El tercio de los pacientes estaban entre las edades de 31-40 años. Compartieron el mismo porcentaje entre el estado civil: solteros y casados. El nivel educativo prevalente fue de estudios superiores y más del 50% llevaban una actividad laboral estable. Las situaciones que generan deserción, entre las más significativas, corresponde a malas experiencias

previas con el Psicólogo, desinterés del paciente y del terapeuta, escepticismo, apatía en la consulta y un entorno físico, del consultorio, muy adinámico. Por el contrario las situaciones que han generado adherencia, principalmente figura la buena relación terapeuta-consultante y un ambiente privado y amplio.

**Conclusiones:** Las causas de deserción son varias. Factores propios del paciente como la insatisfacción y malas experiencias previas terminan en la deserción. Factores como una mala relación terapeuta-paciente y un inadecuado seguimiento genera abandono de la psicoterapia. Los objetos que generen pérdida del contacto visual y corporal, en el consultorio, generan incomodidad al paciente con posterior deserción. Actividades laborales y la situación económica son prioridad, en muchas ocasiones, antes que su salud mental.

## INTRODUCCIÓN:

De todas las patologías psiquiátricas, el 40% está representado por los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión Mayor. En 10 años, los casos de Depresión Mayor ha aumentado en un 18.4% para el 2015. Las causas siguen siendo controversiales. No se ha llegado a determinar exactamente si los factores ambientales son los causales de dicha patología o bien, existen pacientes que llevan una predisposición genética para desarrollar Depresión.

La Depresión Mayor se caracteriza por un estado constante de tristeza y anhedonia de las situaciones que antes le generaban placer, por un lapso mayor de dos semanas pero menor a dos años. Además, esta condición no debe ser secundaria a efectos adversos de fármacos y tampoco que esté vinculado a patología orgánica o mental.

Las personas con dicha patología suelen tener graves consecuencias si no es tratada a tiempo. Una de las más preocupantes, es el suicidio. El paciente con Depresión Mayor tiene cerca del 20% de llegar al suicidio y aumenta la probabilidad, conforme sea la gravedad de la enfermedad. De igual manera, el alcoholismo, drogadicción y recaída de la enfermedad son las repercusiones comunes de una patología mal tratada o que no cumple el tiempo de terapia.

El manejo integral de dicha patología sigue siendo limitado. Los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico y muchos de ellos no consideran oportuno el manejo conjunto entre fármacos y terapia psicológica. A pesar de existir varios métodos de tratamiento psicológico, el problema surge por el tiempo que estos conllevan a tener el efecto terapéutico. El paciente refiere “sentirse mejor” con dos o tres sesiones como máximo y no cumplen las ocho sesiones, mínimo, requeridas para no tener recaídas. Por lo tanto el paciente vuelve a acudir por ayuda, al médico psiquiatra, y se necesita añadir mayor dosis al fármaco, se añade otro fármaco antidepresivo o se cambia de medicación. Pero si no hay adherencia a ninguno de los tratamientos la probabilidad de no recuperación, sigue creciendo con cada evento.

Existe estudios previos que mencionan las razones por la cual, el paciente abandona la terapia psicológica; sin embargo son escasos. Por lo tanto, ante la necesidad de conocer las causas principales del por qué el paciente abandona la terapia psicológica se decide realizar este tipo de investigación. Cuyo fin, ayudará a identificar las falencias en la atención integral de dicha patología, en el sistema de salud, tanto público como privado; mejorando el manejo de las patologías mentales, especialmente la Depresión Mayor.

## **JUSTIFICACIÓN:**

El abandono psicoterapéutico, por parte del paciente, genera recaídas de grandes dimensiones, muchas veces, irreversibles. El paciente regresa una y otra vez, al hospital, con síntomas más graves y poco control sobre ellos. Las visitas consecutivas, secundarias a la exacerbación de los síntomas, conllevan al gasto de recursos en fármacos más fuertes y por mucho más tiempo. Por lo tanto, conocer los factores que obligan a los pacientes a abandonar el tratamiento psicoterapéutico ayudará a mejorar el ámbito de la Salud Mental. (Bousoño M, et al., 2008).

Son pocos los estudios que se han realizado en este campo de la salud. El paciente se siente limitado a expresar sus emociones con respecto a la terapia. El personal de salud hace caso omiso a los problemas personales que tiene tras fondo al acudir a una sesión psicológica. El paciente tiene una vida fuera del hospital, tiene que cumplir con obligaciones en su hogar, en su trabajo o en su lugar de estudio. Los limitantes de combinar su situación laboral y de salud generan un conflicto interpersonal obligando, al paciente, a tomar una decisión y muchas de esas decisiones, prevalece ante su salud. (Jo Tak. & Almas, 2001)

Conociendo los motivos de deserción se espera mejorar la calidad de vida del paciente, en un ámbito biopsicosocial y asegurando la asistencia a las terapias psicológicas mínimas, para evitar las frecuentes recaídas y el ausentismo laboral o educativo. Es así que nace este tipo de investigación, con el objetivo de identificar satisfactoriamente los principales factores de deserción.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 LA DEPRESION MAYOR EN EL CONTEXTO GENERAL**

La **Depresión Mayor** se refiere a un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de emociones y pensamientos negativos. (Pérez-Padilla, et al., 2017) Dentro de la gama de sentimientos presentes, como: la desesperanza, inutilidad y culpa, la tristeza es lo más significativo. También puede existir una menor capacidad de pensamientos reflexivos; irritabilidad, disforia, fatiga, llanto; retraimiento social; pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana. (Hernández, Coronel, Aguilar, & Rodríguez, 2016) Esta última junto con la tristeza, constituyen los criterios principales de la Depresión Mayor. El déficit cognitivo, alteraciones del ciclo vigilia-sueño, baja autoestima, pérdida de confianza y sentimientos de impotencia alteran la memoria episódica y de trabajo. (Pérez-Padilla et al., 2017) La mayor parte de la población que padece de esta patología cursa con ideas suicidas, intentos de autolesión o suicidio. (Londoño Pérez & González Rodríguez, 2016)

### **2.2 EPIDEMIOLOGÍA**

En la última década la Depresión Mayor ha contribuido en gran parte a la carga mundial de morbilidad, afectando a todas las personas del mundo, sin importar estatus socioeconómico, demográfico, político o religioso. Según la OMS, en el año 2015, el 4.4% de la población mundial, es decir, un total de 322 millones de personas, padecían de Depresión. La prevalencia varía según la región. El 27% del total de personas con depresión se encuentran en la región de Asia Suroriental, seguida por un 21% correspondiente a la región del Pacífico Occidental, el 16% está representado por Europa, un 15% lo tiene América, el 12% contribuye la región del Mediterráneo Oriental y finalmente con un 9%, está África. (World Health Organization, 2017) Independientemente de la región, se ha observado que la depresión afecta mayoritariamente a las mujeres en un 5.1%, comparado con el 3.6% de los hombres. (World Health Organization, 2017)

En los últimos 10 años, desde el 2005 al 2015, la depresión aumentó en un 18.4% juntamente con el aumento proporcional en los grupos de edad donde la depresión es más frecuente (Fekadu, Shibeshi, & Engidawork, 2017). La depresión en los niños es relativamente baja, menos del 1%, y luego aumenta en la adolescencia con una prevalencia de 4-5%. Es en esta etapa donde se convierte, la depresión, en el principal factor de riesgo para suicidio; así como, la puerta de entrada al alcohol, tabaco y abuso de sustancias. (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012) Las cifras siguen aumentando con la edad; llegando al pico más alto que corresponde a la edad entre 60-64 años con un porcentaje de 7.5% - 8% respectivamente. (World Health Organization, 2017)

## **2.3 FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DEPRESIÓN MAYOR**

No existe un consenso de los investigadores para establecer un factor de riesgo específico y predecir quién podrá desarrollar depresión. Se conoce que este trastorno tiene un componente genético, como ambiental, y que en conjunto hacen susceptible al individuo. Se han realizado varias investigaciones para identificar algún gen que esté relacionado con este trastorno; sin embargo, todos los estudios han fallado en identificar uno en específico. (Flint & Kendler, 2014) Los estímulos ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión. En un estudio se observó la importancia de los factores ambientales ante la genética. El mismo estímulo aplicado a diferentes edades tiene diferentes resultados y entre ellos la probabilidad o no, de desarrollar un trastorno depresivo. (Nivard et al., 2015)

### **2.3.1 GÉNERO:**

La prevalencia de Depresión Mayor es mayor en las mujeres que en los hombres. En el 2010 la incidencia fue 1.7 veces mayor en las mujeres. (Albert, 2015) Independientemente de la cultura, la educación, factores sociales y económicos, la diferencia radica en las diferencias biológicas del sexo: el influjo hormonal de las mujeres, contribuye al desarrollo de la depresión, entre otras enfermedades como el trastorno dismórfico premenstrual, la depresión postparto y, la depresión y ansiedad postmenopáusicas (Albert, 2015) Un estudio demostró que las mujeres son susceptibles ante las relaciones afectivas e interpersonales (divorcio, apoyo social, insatisfacción marital y neuroticismo)

mientras que en los hombres; la situación financiera, ocupacional o legal, así como el abuso infantil y el abuso de drogas, constituyen los factores más importantes para desarrollar Depresión Mayor (Kendler & Gardner, 2014)

### 2.3.2 EDAD:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su actualización del 2017 sobre la Depresión estima que la edad entre 60-64 años existe el mayor número de casos con Depresión Mayor. Mismas cifras que van en ascenso desde los 20 años. La prevalencia de Depresión a esta edad está vinculada con los diferentes tipos de enfermedades crónicas que los pacientes cursan a avanzada edad: diabetes, ECV, enfermedad cardíaca, EPOC, hipertensión, etc. (Huang, Dong, Lu, Yue, & Liu, 2010)

### 2.3.3 POSICIÓN SOCIOECONÓMICA

El bajo nivel socioeconómico se ha asociado con una mayor prevalencia de depresión. Se trata de una serie de eventos desencadenados desde la privación de la educación, por falta de recursos económicos, hasta la imposibilidad de encontrar un trabajo estable. Por cada año adicional de educación, la probabilidad de estar deprimido disminuyó en un 3% (Freeman et al., 2016) Con una buena educación de base, los logros educativos fueron muy altos, siendo directamente proporcional a los ingresos económicos. Por otro lado, existe una relación inversa en quienes tuvieron una educación inferior y el desarrollo de Depresión Mayor (Eikemo, Huisman, Bambra, & Kunst, 2008)

### 2.3.4 ESTADO CIVIL

A pesar que la depresión es mayor en mujeres que en hombres (Albert, 2015), los hombres solteros, viudos o separados tienden a padecer de Depresión Mayor más temprano que las mujeres. Por lo contrario se ha visto que el riesgo de padecer depresión, en hombres casados, disminuye; no así en mujeres. (Bulloch, Williams, Lavorato, & Patten, 2017) Sin embargo, la disrupción del matrimonio y la depresión son bidireccionales. Las personas casadas tienen mejor salud mental, a diferencia de las personas solteras, o que se han separado recientemente. Es así que la armonía marital constituye un factor protector de la

depresión y no estar casado se constituye un factor de riesgo para padecer depresión a finales de la vida (Lorant et al., 2014)

### 2.3.5 TRAUMAS A EDAD TEMPRANA

Reportes de varios estudios han demostrado la relación entre un trauma en la infancia, independientemente del tipo, sea abuso sexual, físico, emocional o negligencia, con la susceptibilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo, entre ellos: la depresión (De Bellis & Zisk, 2014) La negligencia es el tipo de maltrato más extendido (78%), seguido del abuso físico y emocional (18.3%) y abuso sexual (9.3%) (Shapero et al., 2014) convirtiéndose en factores de riesgo para desarrollar depresión. Por ejemplo, la probabilidad de sufrir depresión en la vida adulta luego de un abuso sexual en la niñez, incrementa en un 1.8 veces más comparado a los que no sufrieron abuso sexual. (Huh, Kim, Lee, & Chae, 2017) El abuso emocional y negligencia también incrementa la vulnerabilidad de desarrollar depresión (Negele, Kaufhold, Kallenbach, & Leuzinger-Bohleber, 2015)

### 2.3.6 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las personas con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de depresión. Enfermedades como Parkinson, ECV, Diabetes, EPOC, Obesidad, etc. Pueden provocar cambios en el estado de ánimo y tener un papel directo con la depresión (Nasif, 2015) Aproximadamente entre un 30-40% de los pacientes con dolor crónico, experimenta síntomas de depresión. Todo esto se debe a que el dolor físico junto a la reducción del funcionamiento y un aislamiento social puede desencadenar un episodio depresivo (Katon & Ciechanowski, 2002)

## 2.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA DEPRESIÓN

De acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) la Depresión Mayor se caracteriza por presentar 9 síntomas; donde al menos, uno de ellos es el estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer o interés por algo.

Los 9 síntomas de la depresión que están descritos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) son los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes).
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o Retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Para que sean considerados, estos síntomas, como criterios para el diagnóstico deberían estar presentes la mayor parte del día y casi todos los días por un lapso de dos semanas y que genere un cambio en el funcionamiento previo del paciente. Existen excepciones a esta premisa; pues la ideación suicida, el cambio de peso, la fatiga y el insomnio son infradiagnosticados. El paciente puede presentar un solo de estos, pero que en conjunto con los demás síntomas, adquiere importancia en el diagnóstico de la enfermedad.

El paciente puede negar sentirse triste, pero al momento de la entrevista, el profesional de salud deberá reconocer, la tristeza, en la expresión facial o la conducta (generalmente aparece con labilidad emocional; es muy susceptible al llanto fácil). Es importante conocer cómo las demás personas (familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio) describen al paciente; ellos pueden mencionar que lo ven “triste” “desanimado” “desamparado” “desesperanzado”, etc. En la edad pediátrica, es diferente, los niños suelen manifestar su depresión con irritabilidad en vez de tristeza.

La pérdida del interés en las actividades que antes generaban placer es uno de los síntomas mayores de la Depresión. Los familiares, notan un aislamiento social, un abandono en los

pasatiempos y los pacientes pueden referir que están menos interesados en sus actividades cotidianas, “Ya no les genera placer”. Aunque el porcentaje es bajo, algunos pacientes también suelen expresar una reducción significativa en el deseo sexual, lo cual genera inconformidad con su pareja.

La alteración del apetito se puede ver afectado por dos situaciones. La primera es la disminución considerable del apetito. Los pacientes dejan de comer días, logrando una pérdida significativa de su peso. Por el contrario, la segunda situación, es el aumento exagerado de peso en poco tiempo, secundario a la ansiedad que presentan. Los pacientes empiezan a consumir alimentos ricos en calorías (dulces, chocolates, frituras, carbohidratos, etc.) Llevando al organismo a un desequilibrio nutricional con las repercusiones que este implica.

Las alteraciones del sueño suele manifestarse con insomnio o hipersomnía. Cuando existe insomnio, este se presenta generalmente como un insomnio medio; es decir, el paciente se despierta a lo largo de la noche y luego le es difícil volver a conciliar el sueño. Al siguiente día, pasa cansado, no logra realizar sus actividades con la misma energía que antes, empieza a tener problemas con el aprendizaje o con su situación laboral. Por el contrario, quienes presentan hipersomnía, pueden presentar períodos de sueño prolongado durante la noche o el día, con las mismas repercusiones laborales o académicas.

Los síntomas de cansancio, fatiga y agitación se presentan muy frecuentemente en los pacientes depresivos. Los pacientes se quejan de cansancio sin haber realizado algún esfuerzo mayor. Las tareas sencillas pueden llegar a ser extenuantes. Al paciente le toma el doble de tiempo vestirse, bañarse, trasladarse de un sitio a otro, ir de compras, etc. o simplemente no logra hacerlo.

El sentimiento de culpa, ronda en los pensamientos de los pacientes con Depresión Mayor. Son pensamientos negativos y a veces exagerados, delirantes. El paciente se siente culpable por todo lo que sucede a su alrededor; se culpa así mismo por su enfermedad y por los fracasos laborales o educativos. Nace también, en ellos, pensamientos de muerte, ideas suicidas o intentos suicidas. “Lo demás estarían mejor sin

mi” son las ideas comunes que llegan a tener y, estos pensamientos son recurrentes que conlleva a que el paciente elabore un plan suicida y en ocasiones lo logra ejecutar.

Además, los síntomas deben causar un malestar significativo o deterioro social, laboral y educativo. De la misma manera no deben ser atribuidos a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra atención médica. Sin embargo, es complicado evaluar el trastorno depresivo si el paciente padece de alguna afección médica como por ejemplo: cáncer, infarto cerebral, diabetes, embarazo, etc. Pues se describe síntomas como la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o en el postparto. (American Psychiatric Association, 2014) Por lo que ante esta probabilidad, es necesario evaluar los síntomas no vegetativos como la disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración y los pensamientos de suicidio.

Finalmente, se debe excluir si se trata de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno psicótico. Así mismo, el paciente no debió haber presentado episodios de manía e hipomanía (American Psychiatric Association, 2014)

## **2.5 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE LA DEPRESIÓN MAYOR**

En la actualidad la relación entre Depresión y Diabetes Mellitus tipo II (DM II) cobra más fuerza. La depresión es casi dos veces mayor en pacientes diabéticos que en los no diabéticos. Se estima que el 30% de pacientes diabéticos presentan síntomas depresivos y la Depresión Mayor como enfermedad está en un 11% de ellos. De la misma manera las personas con trastornos depresivos tienen un riesgo de 65% para desarrollar Diabetes. (Pan et al., 2010)

Los pacientes diabéticos con depresión no logran normalizar sus valores de glicemia. Esto se debe a varias situaciones: una de ellas, es el mal control dietético que los pacientes con depresión llevan. Sea por un consumo exagerado de calorías y carbohidratos o por largos periodos de ayunas. De igual manera, la Depresión está vinculado con menor actividad física, lo cual asociado a una mala alimentación, incrementa el riesgo de obesidad y

consecuentemente a Diabetes Mellitus tipo II. (Vidal-Infer, Lucas Domínguez, González De Dios, & Aleixandre-Benavent, 2016)

La depresión y DM II es bidireccional. Los problemas emocionales relacionados con la diabetes pueden conducir al desarrollo de la depresión. El estrés que genera la depresión conduce a una irregulación del sistema nervioso autónomo (Eje Hipotálamo-hipófisis-adrenal) con la liberación de citoquinas, en especial la IL-1 y IL-6 terminando en resistencia de la insulina. (Vidal-Infer et al., 2016) Todo es una cascada de eventos. El paciente tiene un desbalance nutricional, aumenta la ingesta y gana de peso; con un IMC elevado se convierte en un factor de riesgo cardiovascular. Con el aumento de tejido graso y dislipidemia, aparece la resistencia a insulina. El páncreas comienza a producir más insulina, pero al no ser utilizada, con el tiempo las células beta pancreáticas fracasan. Existe prediabetes (hiperglicemia) que conlleva después a la diabetes. El riesgo cardiovascular incrementa y entra al grupo de fallecimiento prematuro; se pierde 20 y 30 años de esperanza de vida. (Romero, 2007)

La depresión también ocasiona estrés emocional crónico con niveles elevados de catecolaminas, disminución de la variabilidad en la frecuencia cardíaca, inestabilidad eléctrica ventricular, reacción isquémica al estrés mental, que se manifiesta por hipercortisolemia y alteraciones de marcadores biológicos e inflamatorios (Elevación de interleuquina -IL-1 $\beta$  y factor de necrosis tumoral -TNF- $\alpha$ ). En el estudio Framingham se encontró que los pacientes deprimidos menores de 65 años tuvieron un riesgo de sufrir un stroke o un ataque isquémico transitorio 4,21 veces mayor que los no deprimidos. (Romero, 2007) Esto tiene que ver con el comportamiento tras la depresión. Es decir, los pacientes deprimidos adquieren costumbres perjudiciales, tales como el tabaquismo, alcohol y sedentarismo. Todo ello conlleva a desarrollar hipertensión arterial, obesidad, resistencia a la insulina, diabetes (Síndrome Metabólico) y mala adherencia a los tratamientos indicados.

## **2.6 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR**

El tratamiento de la Depresión Mayor está enfocado a la remisión del episodio depresivo y lograr un retorno completo de las funcionalidades iniciales del paciente. El tratamiento abarca desde la farmacoterapia, la psicoterapia o la combinación de ambas. Aunque, hoy en día, se está aplicando otras alternativas para el tratamiento, como la terapia electroconvulsiva (TEC) y la estimulación transcraneal magnética (ETM) (American Psychiatric Association, 2010)

### **2.6.1 PSICOTERAPIA**

La psicoterapia tiene como finalidad ser una terapia de ayuda a la terapia farmacológica, sustituyendo los pensamientos negativos, generados por el estrés ambiental, por actividades positivas que permitan al paciente superar la enfermedad. De la misma manera, reintegrar al individuo a la sociedad, mejorar las relaciones interpersonales, dar una estabilidad y calidad a la perspectiva de su vida.

La psicoterapia sola, sólo está recomendado en aquellos pacientes con trastorno depresivo leve y en ocasiones en moderado. La Terapia Cognitivo-conductual (TCC), Psicoterapia Interpersonal (TIP), Terapia psicodinámica y la terapia de resolución de problemas en forma individual y en grupos, son las terapias recomendadas para los trastornos depresivos. De igual manera que con los pacientes que reciben farmacoterapia, los pacientes con psicoterapia deben ser monitoreados con regularidad para evaluar la respuesta al tratamiento. Los problemas conyugales y familiares son comunes en la Depresión Mayor y, dichos problemas deben ser identificados y abordados, utilizando terapia conyugal o familiar (American Psychiatric Association, 2010)

### **2.6.2 FARMACOTERAPIA**

En la práctica clínica, se recomienda un medicamento antidepresivo como una opción de tratamiento inicial para pacientes con depresión leve a moderado y definitivamente se debe proporcionar para aquellos con depresión severa (American Psychiatric Association,

2010) La selección del tratamiento está dado por las características clínicas del paciente. Estos fármacos son elegidos en base a la Historia Clínica, los efectos secundarios, las propiedades farmacológicas de la medicación, la interacción con otros medicamentos que el paciente esté tomando, el costo y la preferencia del paciente (Bschor, Bauer, & Adli, 2014)

Durante el tratamiento farmacológico, los pacientes deben ser monitoreados cuidadosamente y con regularidad, para evaluar la respuesta al fármaco e identificar la aparición de efectos secundarios. Los efectos secundarios más comunes son síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos y diarreas. Sedación, insomnio, cambios de peso. Enfermedades cardiovasculares: arritmias, hipertensión, crisis hipertensiva, hipotensión ortostática. Efectos secundarios neurológicos: cefalea, mioclonos, convulsiones. Efectos anticolinérgicos como constipación, delirio, resequeidad bucal, cambios visuales. Sexuales: priapismo, disfunción orgásmica y disfunción eréctil. (American Psychiatric Association, 2010) El control del paciente debe darse en función de la gravedad de los síntomas, la cooperación con el tratamiento, la disponibilidad de redes de apoyo y los efectos secundarios que aparezcan (American Psychiatric Association, 2010)

### 2.6.3 TERAPIA COMBINADA (FARMACOTERAPIA Y PSICOTERAPIA)

Este tipo de terapia está indicado en aquellos pacientes que cursan con depresión grave. Existen varios estudios que demuestran la eficacia de la terapia combinada. Scocco & Frank (2002) reportan 5 casos de pacientes > 60 años, con poca respuesta a antidepresivos, que fueron complementados con Terapia Interpersonal (TIP) y al cabo de 22-26 semanas de intervención psicológica se obtuvo remisión significativa de su clínica (Scocco & Frank, 2002)

La importancia de la intervención psicológica dentro de la terapia farmacológica; no solamente favorece la mejoría de los síntomas; sino, también evita el abuso de antidepresivos. El 21% de pacientes con terapia convencional fueron prescritos uno o más antidepresivos nuevos, en contraste con el 13% y 18% de los pacientes que recibieron Educación Psicológica Cognitiva (EPC) y terapia conocida como *Mindfulness*, en el campo de la psicología, respectivamente. (Williams et al., 2014)

#### 2.6.4 OTRAS TERAPIAS

La ETC es recomendada para pacientes con trastorno depresivo severo que no responde a ninguna intervención psicoterapéutica y/o farmacológica. Dando un resultado favorable entre el 50% al 85% de remisión. La Terapia Electroconvulsiva también está recomendada en los pacientes que cursan su cuadro depresivo con características psicóticas o catatónicas o en aquellos pacientes que se requiere una respuesta urgente. Sin embargo, a pesar de los mínimos riesgos que se describen en la terapia, la intervención médica (anestesia) y las ondas de electrochoque en el cerebro, es invasivo para el paciente (American Psychiatric Association, 2014)

#### 2.6.5 LA TERAPIA PSICOLÓGICA COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE PARA LA DEPRESIÓN MAYOR

Dentro de las terapias psicológicas para el tratamiento de la Depresión Mayor, la que ha tenido mayor eficacia ha sido la Terapia Cognitivo-Conductual. Además esta terapia puede tener un efecto profiláctico en la reducción de las recaídas y en la recurrencia de episodios depresivos. A pesar que la psicoterapia no conlleva efectos secundarios como la farmacoterapia, solo un 30% de los pacientes deprimidos responden a la terapia cognitiva. Otro limitante en la terapia psicológica sola radica en el tiempo para ver los resultados. Una mejora del paciente deprimido requiere de cuatro a cinco sesiones por semana durante un periodo de tiempo de tres a seis años, dependiendo la gravedad del trastorno depresivo (Pérez-Padilla et al., 2017) Sin embargo, y a pesar de las limitaciones, la terapia psicológica es puesta en práctica, por varios clínicos, conjuntamente con la terapia farmacológica dando excelentes resultados (Williams et al., 2014)

##### 2.6.5.1 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

El objetivo de la TCC es reducir los síntomas depresivos, desafiando las creencias irracionales y las actitudes distorsionadas hacia el yo, el medio ambiente y el futuro; invirtiendo estas actitudes y alentando a los pacientes a cambiar sus preconceptos y las

conductas desadaptativas. La terapia se centra básicamente en la programación de actividades, autocontrol, resolución de problemas y conflictos; programa actividades placenteras y reduce aquellas actividades desagradables para el paciente. Por lo tanto la TCC, hoy en día, se ha convertido en un tratamiento muy efectivo para el trastorno depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2014)

#### 2.6.5.2 PSICOTERAPIA INTERPERSONAL (TIP)

Esta terapia se enfoca en los cambios actuales de la vida, incluido las pérdidas, el aislamiento social, los déficits en las habilidades sociales, las disputas y cambios de roles y, otros factores interpersonales que colaboran con el desarrollo de la depresión. El objetivo de la terapia es intervenir en el desencadenante de la depresión. Por ejemplo, en el caso de duelo, esta facilita todo el proceso de luto; resuelve conflictos de roles y construye habilidades sociales. La Terapia Interpersonal es un tratamiento eficaz, similar a la TCC, para la Depresión Mayor. Resulta ser muy eficiente para los adolescentes, mujeres embarazadas y postparto y en pacientes geriátricos; así mismo con pacientes con rasgos de personalidad obsesiva; pacientes solteros y para quienes tengan eventos graves de la vida, como son los pacientes con VIH (American Psychiatric Association, 2014)

#### 2.6.5.3 TERAPIA PSICODINÁMICA

La psicodinámica se centra en los conflictos relacionados con la culpa, la vergüenza, el manejo de la ansiedad, la autoestima y la autorregulación emocional. Los objetivos de esta modalidad son modificar los conflictos y déficits psicológicos que aumentan la vulnerabilidad del paciente a desarrollar el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, la limitación de esta terapia es el tiempo; resulta ser más amplia la intervención que la mayoría de las otras psicoterapias (American Psychiatric Association, 2014)

#### 2.6.5.4 TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Esta terapia se ha utilizado para prevenir la depresión en pacientes ancianos y a pacientes con síntomas depresivos relativamente leves. Combina elementos de la terapia cognitiva,

con la superación de situaciones negativas y la terapia interpersonal, con la resolución focal de problemas. El problema con este tipo de psicoterapia está en la duración de las sesiones, pues se requiere de 6 a 12 sesiones para ver los efectos (American Psychiatric Association, 2014)

#### 2.6.5.5 TERAPIA DE PAREJA Y FAMILIAR

Esta intervención parte de los problemas familiares y de pareja que son comunes en el curso de los trastornos del estado de ánimo. Los problemas maritales y familiares pueden llegar a aumentar la vulnerabilidad del desarrollo de depresión o bien, retrasar el tiempo de recuperación (American Psychiatric Association, 2014)

#### 2.6.5.6 TERAPIA DE GRUPO

Se ha sugerido que la terapia grupal tiene utilidad en el tratamiento de la Depresión Mayor. Las personas que experimentan factores estresantes como la pérdida de un ser querido o una enfermedad crónica, pueden beneficiarse del contacto con otras personas que enfrentan problemas similares. La terapia de grupo tiene algunas ventajas que respaldan su uso. El primero es que tiene un costo reducido; segundo, uno o dos terapeutas pueden tratar a un número de pacientes simultáneamente. Sin embargo no existen estudios que recomienden realizar esta terapia de manera habitual (American Psychiatric Association, 2014)

### **2.7 LA DESERCIÓN TERAPÉUTICA**

La deserción del tratamiento se refiere a la no culminación del proceso terapéutico solicitado por el personal de salud. Existe varios sinónimos que se refiere al mismo hecho, como: abandono, incumplimiento, terminación temprana, no adherencia o discontinuidad terapéutica (Sirvent, 2009) El abandono del tratamiento engloba varias situaciones:

- Inasistencia a la primera cita.
- Inasistencia a las citas de seguimiento.

- Abandono definitivo del tratamiento, en contra del criterio del personal de salud o sin notificar el evento.
- Abandono definitivo del tratamiento antes de haber culminado el número de citas programadas.
- Incumplimiento de las prescripciones médicas.

La deserción terapéutica, en la terapia psicológica, se da entre la quinta y undécima sesión (Lyon, 2014) Además, algunos estudios muestran que los pacientes asisten en promedio un total de 3 sesiones y, teniendo en cuenta que la efectividad de la terapia psicológica se consigue dentro de las 8 y 12 sesiones, evidentemente es un número insuficiente para lograr el efecto deseado (Sirvent, 2009)

Según las cifras a nivel mundial:

- Entre el 26% – 50% no acuden a su primera cita.
- Entre un 9% – 40% no acuden a las citas subsecuentes.
- Entre un 30% – 60% abandonan el tratamiento en el primer año, y la mayoría de estos son antes de las cuatro primeras citas.
- Entre un 35% - y un 50% no acuden a ningún psicólogo, luego del alta hospitalaria. (Jo Tak. & Almao, 2001)

### 2.7.1 CAUSAS DE DESERCIÓN TERAPÉUTICA

Los factores que predisponen al abandono del tratamiento son diversos, van desde la edad, el sexo, situación sociocultural y ambiental, problemas laborales, familiares, académicos o de estudios, patologías sobreañadidas, inaccesibilidad al centro de atención y características del terapeuta (Morlino, Martucci, Musella, Bolzan, & de Girolamo, 1995). Es así que se analizará las diferentes variables que se asocian a la no adherencia al tratamiento psicológico.

- 1) Factores Asociados con el Paciente
- 2) Factores Asociados con el terapeuta y la Relación Paciente-Terapeuta
- 3) Factores Asociados a la Terapia
- 4) Factores Asociados a la Institución

## 5) Factores Situacionales

### 2.7.1.1 FACTORES ASOCIADOS CON EL PACIENTE

En cuanto a las características del paciente no se establece un solo criterio para que éste deje la consulta terapéutica; más bien es un conjunto de varias variables que dan como resultado el fenómeno de deserción. Según los resultados de Moreno. J, et al (2012), encuentra que el mayor porcentaje de deserción, en la terapia psicológica, es representado por el género masculino con un 53% en contraste a un 49,6% de las mujeres. Con respecto a la edad, los extremos de la vida, es decir, los niños, adolescentes y adultos mayores constituyen el 66% de abandono de la terapia. Por nivel de educación, los pacientes que más permanecieron en la terapia fueron los de primaria incompleta con un 36,3%, secundaria incompleta con el 13,3%, preescolar con el 12,4% y los que más abandonaron la terapia fueron los de secundaria incompleta con el 27,5%. De acuerdo con el estado civil, quienes más abandonaron la terapia fueron los solteros con el 76,5%. Y en cuanto a la composición familiar, quienes pertenecían a una familia nuclear biparental permanecieron en el tratamiento con un 46,9%. Finalmente el estrato económico medio y bajo representó un abandono en 43,1% y 46% respectivamente (Moreno Méndez, Rozo Sánchez, & Cantor Nieto, 2012). Además, un factor determinante en la adherencia al tratamiento, es la percepción del paciente sobre la enfermedad y la necesidad para recurrir al proceso psicoterapéutico. Si el paciente acude de manera voluntaria, la probabilidad de adherencia al tratamiento es más alta de aquel que acude de manera obligada.

#### 2.7.1.1.1 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DE LA CONDUCTA.

Está descrito que aquellas personas con algún trastorno de personalidad, especialmente *borderline*, dejan de la terapia psicológica con mayor frecuencia. Así mismo, quienes presentan desórdenes de conducta (hiperquinéticos) o problemas escolares, tienen la misma tendencia de los pacientes con personalidad limítrofe. Por el contrario, los pacientes con problemas de alcoholismo no logran completar las sesiones por falta de contención familiar. También existen factores externos como la agresión y la delincuencia que influye en la permanencia del paciente en el proceso terapéutico. Los trastornos por

Abuso de Sustancias están íntimamente asociados con los Trastornos de Personalidad y eso lleva a que el paciente incumpla con las sesiones. Este tipo de pacientes son más complicados de tratar, porque influye mucho el soporte social y laboral; la necesidad de consumo o adicción; problemas económicos y la comorbilidad con otras enfermedades, que en conjunto hacen que abandonen la terapia psicológica (Jo Tak. & Almas, 2001)

#### 2.7.1.1.2 TRASTORNOS AFECTIVOS

A diferencia con los pacientes con Trastornos de Personalidad, los pacientes con alteraciones afectivas tienden a ser más estables en las asistencias a la psicoterapia. Sin embargo, el escepticismo de muchos pacientes dificulta el correcto tratamiento psicológico. Esto es debido a que muchos consultantes creen que la depresión que padecen es debido al estrés, a factores ambientales como el desempleo o bien, académicas y por lo tanto, al considerar que su enfermedad es consecuencia a los factores externos, la solución no radica en recibir un tratamiento dirigido hacia la interioridad del paciente.

En los pacientes con depresión, la terapia puede llegar a ser difícil de ejecutar debido a la falla en la comunicación del terapeuta con el paciente. Un paciente deprimido, dependiendo de la gravedad, cursa con enlentecimiento en sus funciones mentales, bradipsiquia, hipoprosexia, abulia, desinterés por sus actividades cotidianas y alteraciones en la capacidad de concentración. Todo ello dificulta la fluidez del proceso terapéutico. Los sentimientos de desesperanza, incurabilidad e irreversibilidad propia de esta patología y la auto-percepción pesimista de la probabilidad de mejoría, también facilita el incumplimiento (Jo Tak. & Almas, 2001)

#### 2.7.1.2 FACTORES ASOCIADOS CON EL TERAPEUTA Y LA RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA

Como en toda buena relación médico-paciente, terapeuta-consultante, la empatía debe ser bidireccional, ya que esto influye positivamente o negativamente en la adherencia al tratamiento y/o a la terapia. Alcázar. R., (2007) describe las variables para que el paciente acuda a dos o más sesiones terapéuticas o bien desista del tratamiento. Dentro de las

razones para que los consultantes asistan a la segunda sesión figura la personalidad del terapeuta y el bienestar que genera en el paciente. Demostrar que el terapeuta sea una persona capaz, es amable, inspira confianza, es puntual, atento, inteligente, profesional, amigable, comprensivo, coherente, tranquilo, platicador, etc. Hizo que el consultante acudiera a varias sesiones consecutivas y por el contraste quien no es amigable, no escucha los problemas, juzga, agrede, culpa o actúa de forma autoritaria obliga al paciente a no asistir a una segunda sesión (Olán, 2007). La mayoría de pacientes tienen una expectativa antes de acudir a la primera cita y es ésta la que determina si se cumplió con lo que el paciente esperaba de su terapeuta. En conclusión, si el terapeuta no cumple con lo que el paciente estaba buscando, este desiste de ir a sesiones futuras.

### 2.7.1.3 FACTORES ASOCIADOS A LA TERAPIA

Los problemas en cuanto a las diferentes terapias psicológicas, especialmente en la terapia Cognitiva, que es la más utilizada en el campo de la psicología, tienen que ver con el manejo técnico. Según Rondón. A., et al (2009) menciona que a pesar de ser el terapeuta quien escoge el mejor tratamiento para el diagnóstico del paciente, existe diferentes factores del consultante y de la misma patología que impediría la asistencia consecutiva a las terapias posteriores. Por ejemplo, un ambiente inadecuado, donde el paciente no se sienta cómodo, se sienta cohibido, modificará el éxito de las técnicas utilizadas. También figura el hecho de que el evaluador escoja mal los instrumentos para la evaluación, o la ineffectividad para intervenir ante un diagnóstico. Finalmente, Rondón menciona que la relación terapeuta-paciente, es el pilar fundamental para llegar al éxito de la terapia. El terapeuta debe mostrar seguridad, profesionalidad, amabilidad y lograr que el paciente se sienta bien en la consulta; de ello dependerá su asistencia a sesiones futuras. (Rondón, Otálora, & Salamanca, 2009)

Según Jo, & Almao (2001) el factor económico también es un factor importante en la deserción de la terapia. Algunos de los consultantes a la terapia psicológica tienen un tratamiento farmacológico para su patología, sea mental o sea que cursa con otra que aumente la morbilidad, los gastos en los fármacos constituyen una preocupación adicional para el paciente. Adicional perder un día de trabajo, dejar a los hijos a cargo de terceras personas para acudir a la cita y más factores, favorecen indirectamente al incumplimiento

de la terapia. Aunque se ha visto que los pacientes que combinan la farmacoterapia y la psicoterapia, tienden a continuar el proceso terapéutico en comparación con aquellos que reciben sólo monoterapia, la complejidad de la enfermedad está relacionado con mayor o menor deserción. (Jo Tak. & Almao, 2001)

#### 2.7.1.4 FACTORES ASOCIADOS A LA INSTITUCIÓN

Los factores más representativos y, especialmente en la atención pública del sistema de salud, tiene que ver cuando el paciente se topa con una larga espera para tomar un turno para la consulta. Esto se debe que a nivel público, existe un gran volumen de personas que están esperando su cita. Y cuando el paciente logra al fin tomar una cita, esta es tan lejana que obliga al paciente a alejarse del tratamiento profesional. A nivel privado, el limitante es el recurso económico. Todo esto obliga al consultante a buscar otros tratamientos alternativos. También se habla del duelo que debe enfrentar el paciente con su terapeuta. La discontinuidad de los terapeutas genera desmotivación y enormes deserciones cada vez que se suscite el cambio de terapeuta. (Jo Tak. & Almao, 2001)

#### 2.7.1.5 FACTORES SITUACIONALES

Los factores situacionales se refieren a aquellos factores del entorno del paciente que influyen en la terapia psicológica. Dentro de estos factores se encuentran los motivos laborales y económicos; motivos académicos; disfunción en los miembros de la familia; bajo nivel educativo del paciente y la familia; falta de redes de apoyo tanto familiares como económicos y ausencia de seguros médicos que son determinantes para la asistencia o inasistencia del paciente a las terapias (Jo Tak. & Almao, 2001)

Los pacientes que reciben la terapia psicológica, una vez que hayan mejorado los síntomas, desertan en el tratamiento, y aquellos que no ven prono los resultados, se frustran y también lo desertan.

## **2.8 CONSECUENCIAS DEL ABANDONO TERAPÉUTICO.**

Estudios muestran dos consecuencias importantes que atentan contra la integridad del individuo. La primera, la más importante y la más peligrosa, es el suicidio. Los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general. El 6% de las personas diagnosticadas de depresión cometerán suicidio (Calvo Gómez & Jaramillo González, 2015). El riesgo de suicidio aumenta hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad. Los pacientes con un episodio de depresión actual, entre un 20 y un 25% intentarán suicidarse. Si la depresión no se trata incrementa el riesgo de suicidio; por el contraste con un adecuado tratamiento, se reduce a la mitad el riesgo del suicidio (Bousoño M, et al., 2008).

La segunda consecuencia de una terapia no adecuada, es el abuso de sustancias, como refugio ante la depresión. El alcohol es la sustancia más perjudicial para la mejoría clínica del cuadro y a la vez, constituye un factor de riesgo para llegar al suicidio. Hasta un 40% de las personas con alcoholismo intentan suicidarse en algún momento de su vida y en torno a un 7% mueren como consecuencia de un suicidio. Además, el abuso del alcohol se ha visto vinculado con otros problemas como: muerte prematura, incrementando el riesgo de accidentes, hipertensión, arritmias cardíacas, cáncer, problemas gastrointestinales, déficit neurocognitivo, osteoporosis, etc. (Bousoño M, et al., 2008)

Los servicios clínicos no siempre trabajan conjuntamente con terapia psicológica para el manejo integral de los pacientes con problemas de Salud Mental. Si existe una falla en la adherencia del tratamiento, sea farmacológico o psicoterapia, este interferirá con la remisión completa de los síntomas.

## 2.9 DESERCIÓN A NIVEL REGIONAL Y LOCAL

### 2.9.1 DATOS DE DESERCIÓN TERAPEUTICA A NIVEL REGIONAL

El estudio aplicado por Almaso, S., con un total de 191 pacientes que acudieron a consulta externa con varias patologías psiquiátricas, el 35.4% de los pacientes padecían de Depresión Mayor. El 61.36% que correspondía al género femenino, no abandonaron la terapia vs al 38.63 del sexo masculino. Con respecto al estado civil, el 50% de los pacientes que no dejaron el tratamiento estaban casados. Dentro de los motivos causales para dejar la terapia el más importante, representando el 30,5%, fue la mejoría de los síntomas. El paciente cree que su problema ha sido superado y no considera que seguir con las terapias sea de ayuda. La segunda causa fue la situación laboral. El no poder acudir a las citas programadas, por los horarios de trabajo fue el limitante para que dejen la terapia. Finalmente, en un mínimo porcentaje (3.3%) de abandono, fue porque el paciente sintió inconformidad con el tratamiento y los efectos secundarios del medicamento. *“La Dra que me atendió no sabe nada (...) el medicamento me dio mucho sueño y no podía ir a trabajar...”* fueron los testimonios de los pacientes que abandonaron la terapia. (Jo Tak. & Almaso, 2001)

### 2.9.2 DATOS DE DESERCIÓN TERAPEUTICA A NIVEL LOCAL

Estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico “San Lázaro” de Quito en el 2012 menciona que la Depresión Mayor constituye el 40% de las patologías psiquiátricas prevalentes en Consulta Externa. Así mismo describe que el 63% de los pacientes que dejaron la terapia psicológica fueron del género femenino. Dentro del rango de edad, el 58% de deserción constituye los pacientes que están entre los 23-28 años. Más de la mitad (53%) de pacientes que abandonan el tratamiento tiene como nivel de instrucción: secundaria, y la deserción en pacientes con educación superior es menor. En cuanto al estado civil, ser soltero tiene un 43% de abandono al tratamiento psicológico. Y con la relación a la ocupación, el paciente con desempleo tiene un solo el 23% de adherencia al tratamiento.

La causa principal para el abandono terapéutico, en más del 50%, es la mejoría de los síntomas. Sin embargo es una idea errada por parte de paciente, puesto que abandonan la

terapia antes de los controles mínimos para que no haya recaída. La segunda causa principal, en un 18%, es el no cumplimiento de las expectativas antes del primer control. Los pacientes no se encuentran satisfechos con el tratamiento ni el consultor. Finalmente en un 13%, constituye causas como el estudio, que obliga al paciente a dejar su terapia psicológica.

Finalmente, el 52% de los pacientes que abandonaron la terapia, los síntomas empeoraron y aumentaron; comprobando que la deserción de la psicoterapia provoca la reagudización de los síntomas. (Campaña, 2012)

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS**

#### **3.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La deserción psicológica, es un fenómeno contemporáneo que ha crecido en los últimos años, afectando indudablemente en la atención integral del paciente psiquiátrico. Partiendo de la premisa que el tratamiento abarca desde medidas farmacológicas y psicológicas, sería de gran utilidad abordar el problema de una forma holística tomando en cuenta los factores relacionados con el paciente, el terapeuta, la terapia, la institución y factores situacionales.

La obtención de información sobre la concepción de los pacientes, del por qué desertan la terapia psicológica es el principal objetivo de esta investigación. Por tanto, el estudio consiste en investigar:

*¿Cuáles son las problemáticas relacionadas con la deserción de la terapia psicológica en Consulta Externa, luego del alta hospitalaria, en pacientes con Depresión Mayor, del Departamento de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín, durante el periodo entre Enero - Marzo del 2019?*

#### **3.1.2 OBJETIVOS**

##### **3.1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la problemática relacionada a la deserción de la terapia psicológica en pacientes con Depresión Mayor del Departamento de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo de Enero - Marzo del 2019.

### 3.1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores causales de la deserción, en una mala relación Paciente – terapeuta.
- Identificar los factores institucionales que determinan la deserción psicológica
- Determinar los factores, personales, para desertar el tratamiento psicológico.
- Identificar los factores que permitan, al paciente, adherirse a la psicoterapia.
- Determinar las variables positivas para acudir a dos o más consultas consecutivas de la terapia psicológica.

### 3.2 HIPÓTESIS

- La deserción de la terapia psicológica es secundaria a varios factores interpersonales e intrapersonales que impiden un adecuado seguimiento del tratamiento.

### 3.3 METODOLOGÍA

#### 3.3.1 UNIVERSO

Para esta investigación se tomó como referencia a todos los pacientes hospitalizados en el Departamento de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín, durante los meses Enero-Marzo, 2019, que hayan tenido intervención psicoterapéutica previa y, hayan desertado.

#### 3.3.2 MUESTRA

Se reunió un total de 16 pacientes, abarcando las diferentes áreas sociodemográficas: género, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral o educativa y comorbilidades.

### 3.3.3 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo cualitativo observacional, sin intervención del investigador.

### 3.4 SELECCIÓN DE INFORMANTES:

#### 3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor por cualquier método diagnóstico (DSM V, Escala de Depresión de Beck, etc)
- Pacientes que hayan recibido terapia psicológica, previa, y hayan desertado.
- Pacientes entre las edades de 15 a 64 años.

#### 3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no acepten a participar en el estudio.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con trastorno psicótico, esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia.
- Pacientes menores de 15 años o mayores de 64 años

### 3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Dada la naturaleza exploratoria de esta investigación para conocer la percepción de los sujetos, se empleó un formato de entrevista semiestructurada con las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál fue la causa principal que lo motivó a abandonar la terapia psicológica?
2. ¿Está consciente que su enfermedad necesita ayuda psicológica? ¿Por qué?
3. ¿Qué esperaba usted, del tratamiento, antes de ir al psicólogo?

4. ¿Cómo se sintió usted luego de ir al psicólogo? ¿Regresaría?
5. ¿Su situación laboral, familiar o académico fue un problema para que asista a la terapia psicológica? ¿Por qué?
6. ¿Le pareció acogedor el lugar donde recibió la terapia psicológica? ¿por qué?

### **3.6 PROCEDIMIENTO CON LOS SUJETOS:**

Previa autorización de las autoridades pertinentes del Hospital Carlos Andrade Marín. Se explicó los objetivos de la investigación a los sujetos y posteriormente se invitó a participar en la misma; aclarando el carácter confidencial de la información que se recabó.

Debido al tipo de preguntas, se utilizó una grabadora para guardar los testimonios de los sujetos, cuyas respuestas fueron transcritas en Word para su respectivo análisis.

### **3.7 PROCEDIMIENTO DE CODIFICACIÓN DE RESPUESTAS.**

Tras la realización de las entrevistas y recolección de testimonios hablados, se procedió al desarrollo analítico narrativo del contenido, poniendo en manifiesto y de forma directa los contenidos expresados por los pacientes.

#### **3.7.1 CLASIFICACION DE DATOS**

A través de las entrevistas semiestructuradas se efectuó el análisis del presente estudio. La información se enfocó en los siguientes temas:

- 1) Factores Asociados con el Paciente
- 2) Factores Asociados con el Terapeuta y la Relación Paciente-Terapeuta
- 3) Factores Asociados a la Terapia
- 4) Factores Asociados a la Institución
- 5) Factores Situacionales

### 3.7.2 ANÁLISIS DE CONTENIDOS

**Tabla 1: Categorías utilizadas para la integración de la información.**

N°	GRUPOS ANALÍTICOS	CATEGORÍA ANALÍTICA
1	Factores Asociados con el paciente.	<p><b>MOTIVOS:</b> (Causa que determina la manera de actuar de una persona.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>DESINTERÉS:</b> Falta de interés por obtener provecho personal.</li> <li>→ <b>ESCEPTICISMO:</b> Incredulidad o falta de confianza.</li> <li>→ <b>INSATISFACCIÓN:</b> Sentimiento interior que experimenta una persona cuando no se cumple sus expectativas.</li> <li>→ <b>SALUD:</b> Buen estado, marcha o funcionamiento de un ser vivo.</li> <li>→ <b>BIENESTAR:</b> Estado de la persona donde le proporciona un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.</li> </ul>
2	Factores Asociados con el Terapeuta y la relación Paciente-Terapeuta	<p><b>APRECIACIÓN:</b> (Situación que se hace para adquirir conocimiento de algo por medio de la impresión que comunica a los sentidos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>DE LA ENFERMEDAD:</b> Alteración del funcionamiento normal de un organismo.</li> </ul>

		<p><b>EXPERIENCIAS PREVIAS:</b>  <i>(Conocimiento que se adquiere al haberlo realizado, vivido, sentido o sufrido)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>POSITIVO:</b> <i>Situación resulta favorable para algo</i></li> <li>→ <b>NEGATIVO:</b> <i>Situación que produce algún daño o perjuicio</i></li> </ul> <hr/> <p><b>EXPECTATIVAS:</b>  <i>(Esperanza o probabilidad de conseguir algo)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>CONVICCIÓN:</b> <i>Certeza de lo que piensa o siente.</i></li> <li>→ <b>PROGRESO:</b> <i>Avance hacia un estado mejor.</i></li> <li>→ <b>IDEALIZACIÓN:</b> <i>Modelo de perfección ideal que no se corresponde con la realidad.</i></li> <li>→ <b>INCERTIDUMBRE:</b> <i>Falta de seguridad, de confianza o de certeza.</i></li> <li>→ <b>INTERIORIZACIÓN:</b> <i>Hacer propia una cosa, especialmente un pensamiento o un sentimiento.</i></li> </ul>
3	<p><b>Factores Asociados a la Terapia.</b></p>	<p><b>APRECIACIÓN:</b>  <i>(Situación que se hace para adquirir conocimiento de algo por medio de la impresión que comunica a los sentidos)</i></p>

		<p>→ <b>DE LA PSICOTERAPIA:</b> <i>Tratamiento que consiste en la aplicación de determinados procedimientos psicológicos.</i></p> <p>→ <b>NEGATIVIDAD:</b> <i>Situación que produce algún daño o perjuicio.</i></p> <hr/> <p><b>LIMITANTES</b> (Situaciones que obliga a terminar alguna cosa.)</p> <p>→ <b>REDES DE APOYO:</b> <i>Estructura que brinda algún tipo de contención.</i></p>
4	<p><b>Factores Asociados a la Institución.</b></p>	<p><b>ENTORNO:</b> (Circunstancias que rodean una cosa o a una persona e influyen en su desarrollo.)</p> <p>→ <b>AMBIENTE:</b> <i>Circunstancias que rodean a un ser vivo e influyen en su desarrollo y comportamiento.</i></p> <p>→ <b>PROTOTIPO:</b> <i>Ejemplar ideal para alguna cosa</i></p>
5	<p><b>Factores Situacionales.</b></p>	<p><b>MOTIVOS:</b> (Causa que determina la manera de actuar de una persona.)</p> <p>→ <b>LABORAL:</b> <i>Del trabajo o relacionado a ello.</i></p> <p>→ <b>DISTANCIA:</b> <i>Intervalo entre el lugar de origen y final.</i></p>

		→ <b>ECONÓMICO:</b> <i>Distribución de bienes para satisfacer las necesidades humanas.</i>
--	--	--

**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

### **3.8 ASPECTOS BIOÉTICOS**

El presente estudio se realizó con un comportamiento ético y humano, guiado por los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Además, se garantizó que los datos obtenidos serían manejados con absoluta confidencialidad únicamente por el investigador, para precautelar la seguridad de los participantes y de la investigación.

La identidad de los pacientes fueron sustituidos por un código, con el fin de garantizar el anonimato, protegiendo la identidad y confidencialidad de los encuestados a lo largo de todo el proceso de la investigación, desde el momento de la entrevista hasta que se haga público el trabajo.

Previo a la encuesta, fue implementado un consentimiento informado escrito, que ha sido realizado según el modelo de la Organización Mundial de la Salud (ANEXO 1) para documentar la autorización consciente de cada participante o bien, su representante legal. Se explicó a los participantes que la información sería utilizada exclusivamente con fines de investigación, pidiendo la colaboración para la encuesta y, que estaba en su derecho a no contestar las preguntas si no lo deseaba.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA ENCUESTA

Tabla 2: Caracterización de la muestra.

VARIABLES	CLASIFICACIÓN	FRECUENCI	PORCENTAJ
		A	E
<b>GÉNERO</b>	Masculino	7	44%
	Femenino	9	56%
<b>EDAD</b>	15 a 20	2	12,5%
	21 a 30	1	6,25%
	31 a 40	5	31,25%
	41 a 50	4	25%
	51 a 65	4	25%
	<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero	7
Casado		7	43,75%
Divorciado		1	6,25%
Viudo		1	6,25%
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Primaria	2	12,5%
	Secundaria incompleta	2	12,5%
	Secundaria completa	4	25%
	Superior	8	50%
	<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Estudiante	1
Empleado publico		8	50%
Empleado privado		4	25%
Desempleado		3	18,75%

Elaborado por: Pedro J. Portillo, 2019

De los 16 encuestados, en su mayor parte, fueron mujeres. El tercio de los pacientes estaban entre las edades de 31-40 años. Compartieron el mismo porcentaje entre solteros y casados, mientras que solo hubo un ejemplar en el estado civil de viudo y uno, divorciado.

En cuanto al nivel educativo, la mitad de los encuestados tenían estudios superiores y en menor proporción, figuraba pacientes que solo han terminado la primaria. De igual manera, la mitad de los pacientes, pertenecían al sector público laboral y la cuarta parte, al sector privado. Como resultado, el 75% de los 16 pacientes, tenían una fuente de ingreso económico estable; mientras que el 25% restante, se repartía en el desempleo o estudiante.

## **4.2 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Una vez realizada la clasificación por categorías se procede a describir los resultados obtenidos.

### **4.2.1 FACTORES ASOCIADOS CON EL PACIENTE.**

Los principales MOTIVOS para la deserción de la Psicoterapia, a partir del punto de vista del paciente, figura la sensación de bienestar; desinterés del paciente por la terapia; escepticismo sobre la Depresión; insatisfacción de la terapia y situaciones relacionadas a la salud personal.

#### **4.2.1.1 BIENESTAR**

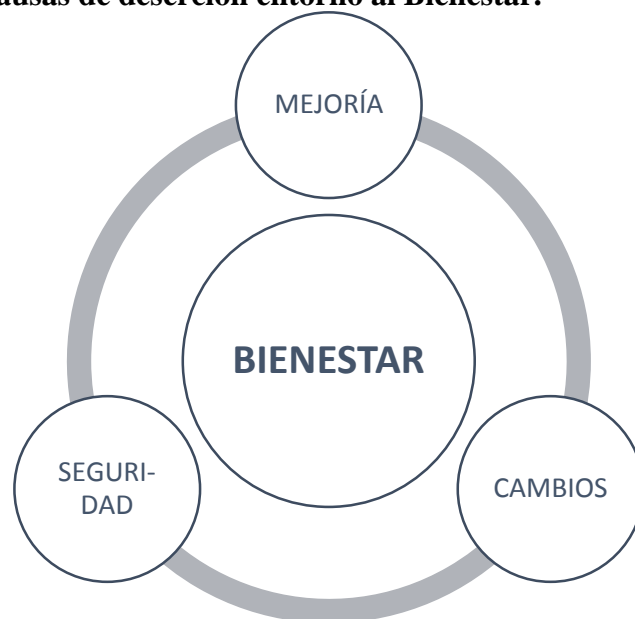
Se encontró que los pacientes dejaban la Psicoterapia apenas se sentían mejor. Cuando las emociones de tristeza y anhedonia ya no estaban presentes. Sin embargo, la evidencia menciona que ese comportamiento conlleva a constantes recaídas. (Sirvent, 2009).

*“La dejé porque me sentía sano, me sentía bien.” (Testimonio 10)*

*“Ver que habido cambios positivos en el comportamiento, en las emociones, me hicieron dejar la terapia” (Testimonio 1)*

*“Me sentía seguro de mí mismo. Creía que podía seguir adelante sin acudir a la terapia.” (Testimonio 7)*

**Figura 1: Causas de deserción entorno al Bienestar.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.1.2 DESINTERÉS.

No existe una motivación del paciente para persistir en la terapia psicológica. Algunos, mostraron poco interés en asistir a dichas sesiones y por ello, en poco tiempo, desertaron.

*“...fue porque no le tomé interés...” (Testimonio 14)*

*“...no le presté atención...” (Testimonio 2)*

Sin embargo, también se encontró un desinterés por parte del terapeuta. Una monotonía en la atención, la pérdida del contacto visual con el paciente, la frialdad con la que el consultante es atendido, constituyó una de las causas para la deserción.

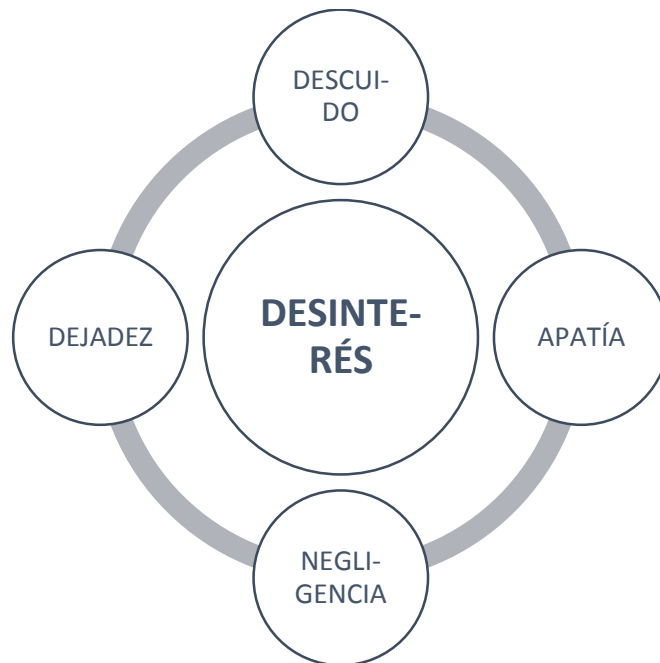
*“Yo veía que ella (psicóloga) estaba en el computador, tecleando o anotando en el libro y eso, no me gustaba.” (Testimonio 13)*

*“...solo se sientan a escuchar las penas, me ayudan a reflexionar; pero no pasa de ahí...” (Testimonio 8)*

Finalmente, cuando el paciente se encierra en una percepción errónea de su enfermedad, conlleva a limitarse en la atención.

*“Fui a una sesión y la dejé, porque no he querido que nadie me diga lo que debo hacer...” (Testimonio 2)*

**Figura 2: Causas de deserción entorno al Desinterés.**



•  
**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.1.3 ESCEPTICISMO

Conceptos erróneos, en muchos casos, influenciados por la familia o por la sociedad, han generado aversión hacia la Psicoterapia.

*“Si tienes problemas psicológicos, eres un peligro para los demás, para ti mismo, eres una mala influencia, una persona negativa, un ser toxico. (...) El*

***hecho de tener un problema psicológico en nuestro país, en nuestra idiosincrasia, es un tema tabú.” (Testimonio 11)***

***“En mi familia figura el concepto que se acude al psicólogo las personas que han sido malcriadas, entonces llevaba esa repercusión de asistir...” (Testimonio 8)***

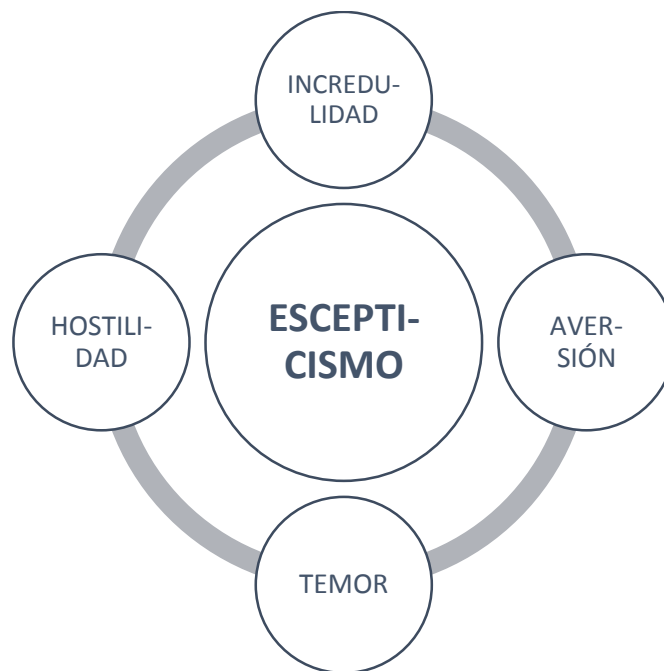
Los conceptos erróneos junto a la desinformación o mala información sobre la Psicoterapia, generan, en los pacientes miedo, temor y angustia de verse envueltos en un ambiente nuevo. Por ende, los consultantes acuden con un conocimiento a priori y empírico a la primera sesión psicoterapéutica.

***“Pensé encontrarme encerrado entre mucho loco y eso me provocaba aversión.” (Testimonio 2)***

Finalmente, los pacientes creen que la terapia farmacológica es la única alternativa para aliviar sus dolencias. Para ellos no hay mejor manera de controlar sus síntomas con medicación antidepresiva; consideran innecesaria la atención psicológica.

***“...pensé que no me servía mucho y decidí controlar solo con medicación...” (Testimonio 13)***

**Figura 3: Causas de deserción entorno al Escepticismo.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.1.4 INSATISFACCIÓN

El paciente busca incansablemente salidas, soluciones, alternativas para sobrellevar su enfermedad. Pueda ser producto de la desesperación, por el anhelo de sentirse bien que opta por diferentes terapias; sin embargo, al no ver resultados inmediatos, se sienten desilusionados.

*“...comencé con terapia de hipnosis, entonces fue una experiencia que no me ayudó...”. (Testimonio 13)*

Por otra parte, la misma Psicoterapia genera insatisfacción. Los pacientes buscan una solución rápida, lo cual la psicoterapia no la da; los resultados se muestran luego de varias sesiones consecutivas. Sin embargo, esta afirmación, los pacientes no la comprenden y luego de varias terapias de inicio, es esperable que no haya resultados; pero ellos lo interpretan como una terapia fallida.

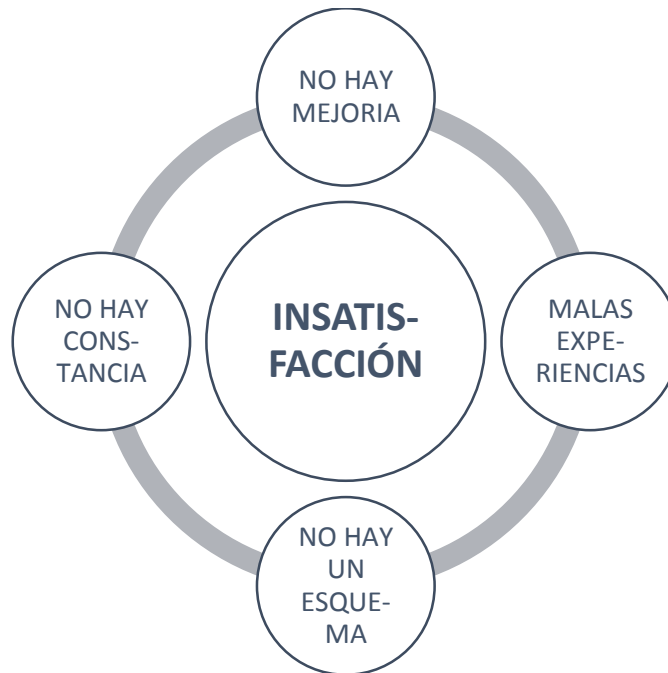
*“No sentía resultado de las terapias que estoy asistiendo (...) Si veo que no mejoro, la voy a dejar.” (Testimonio 4)*

*“...luego de 3-4 primeras citas no se ha determinado qué hacer.” (Testimonio 9)*

También existe insatisfacción con la atención brindada por el terapeuta. Sin duda, una de las cualidades para evitar la deserción de la Psicoterapia, es la amabilidad, la atención, la empatía que se genera entre el Terapeuta y Consultante. Cuando no existe dicha relación, se genera la deserción.

*“...no había ese afín de bienvenida o de hacerte sentir cómodo (...) Era muy robótico, las preguntas eran las mismas, no había una conversación amigable.” (Testimonio 13)*

**Figura 4: Causas de deserción entorno a la Insatisfacción.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.1.5 SALUD.

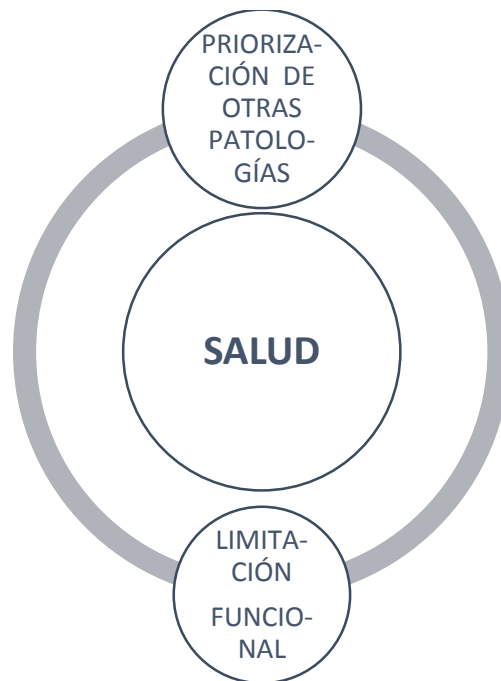
Las comorbilidades que los pacientes padecen, los hacen volverse dependientes de terceros y a la vez, impide que ellos vayan a la terapia. Se evidencia especialmente en aquellos pacientes que tienen limitaciones físicas para trasladarse desde el lugar de su residencia hasta el sitio donde reciben el tratamiento psicológico.

Los pacientes que tienen otras patologías priorizan su enfermedad de base antes que la salud mental, lo que implica dejar al último la terapia psicológica y muchas de las veces, el tiempo ya no es suficiente para acudir a ellas.

*“No puedo caminar sola y no hay quien me acompañe. Ya no me fui, perdí el turno y no continué. Si yo estuviera sana, me fuera sola. Puedo caminar; pero no una distancia larga, me canso fácilmente.” (Testimonio 5)*

*“...por mi enfermedad tengo muchas citas médicas (...) No me alcanza el tiempo para ir al psicólogo.” (Testimonio 3)*

**Figura 5: Causas de deserción entorno a la Salud.**



•  
**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### **4.2.2 FACTORES ASOCIADOS CON EL TERAPEUTA Y LA RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA**

Dentro de las causas para que el paciente deserte, es la buena relación que el terapeuta llegue a tener con su consultante; la Empatía. Además, es muy importante conocer la Apreciación de la enfermedad por parte del paciente, porque de esa forma, se puede

conocer qué expectativas tienen al momento de ir a una psicoterapia. Finalmente, las experiencias previas son valiosas para entender el por qué llegan a desertar o bien, adherirse a la Terapia Psicológica.

#### 4.2.2.1 APRECIACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Algunos testimonios resultaron ser satisfactorios. Los pacientes tienen en claro que necesitan ayuda y que no solo ellos son los afectados; sino también el entorno que los rodea. Lo cual es importante porque aceptando la terapia, voluntariamente, está relacionado con la adherencia al tratamiento.

***“Me he dado cuenta que no puedo solo.” (Testimonio 13)***

***“No solamente eres tú y el problema, tu familia también se ven involucrada.”  
(Testimonio 16)***

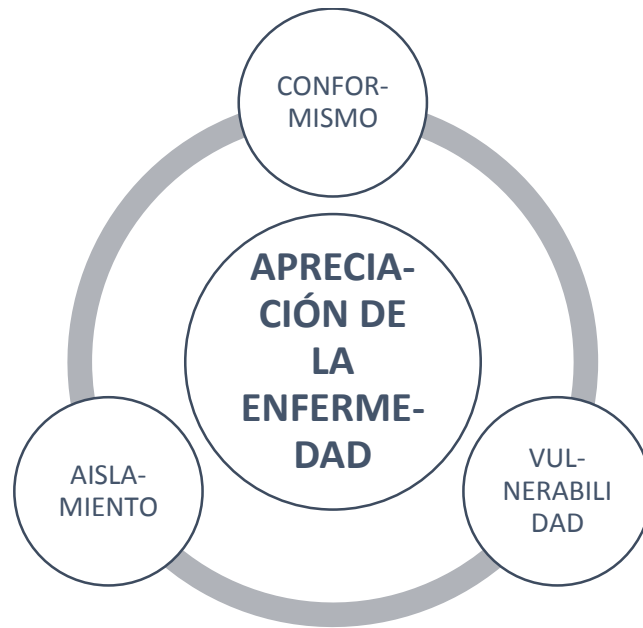
Por otro lado, la persistencia y el caso omiso de no aceptar ayuda de un profesional, provoca la remisión de los síntomas y el ausentismo en las terapias psicológicas.

***“He creído que estoy muy bien con mi forma de vivir...” (Testimonio 2)***

***“...siempre estoy depresiva, triste...” (Testimonio 25)***

***“Cuando me atacaban recordaba todo y sentía de nuevo que empezaba desde cero a esconderme entre mí mismo y aislarme de la gente.” (Testimonio 13)***

**Figura 6: Causas de deserción según la Apreciación de la Enfermedad.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.2.2 EXPECTATIVAS:

El paciente, antes de ir al Psicólogo tiene mentalizado lo que espera encontrar. Espera salir con CONVICCIÓN para volver a su vida normal. Va en busca de alguien que lo ayude a salir de su depresión; en alguien que le explique lo que está mal y le otorgue la esperanza de sobrellevar su actual estado de vida.

***“Quería recuperar mi condición de ser humano, mis valores, mi dignidad.”***

*(Testimonio 4)*

El paciente acude con un anhelo de PROGRESO; es decir, en busca de una alternativa para solucionar su enfermedad. En busca de alguien que le diga qué hacer, cómo enfrentar su estado de ánimo, encontrar una solución y respuestas a las interrogantes. Alguien que le diga cómo cambiar la Depresión por un mejor estilo de vida. Controlar esas emociones de ansiedad, temor, miedo por tranquilidad y serenidad.

***“Que me ayude a salir de la depresión. Quería aprender a ser fuerte, y demostrarles a todos que podía salir a delante”*** *(Testimonio 7)*

***“...este doctor me va a decir qué me pasa, por qué me siento así, o cómo puedo solucionar este problema, o qué puedo hacer para que tal situación se mejore.”***

*(Testimonio 11)*

Se encontró que los encuestados, antes de acudir a sus terapias psicológicas, tenían ciertas IDEALIZACIONES de qué encontrar con la terapia. Algunos esperaban que el terapeuta les diga qué hacer o qué alternativas usar en las etapas de crisis; cómo reconocer los síntomas en las recaídas, etc.

***“Esperaba tener herramientas para poder entender de mis acciones.”***

*(Testimonio 9)*

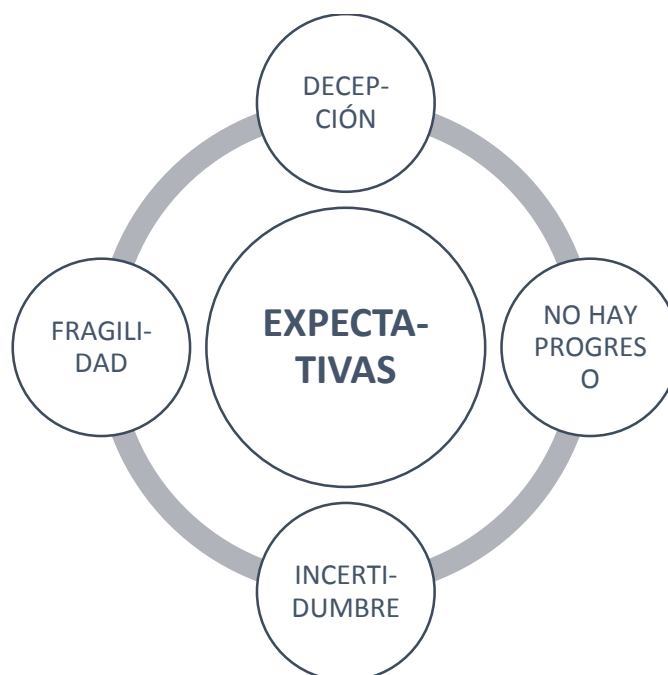
Pero, también llevaban cierta INCERTIDUMBRE. Interrogantes de qué van hacer con ellos. No estaba claro el panorama con el cual se iban a encontrar.

***“No sabía de lo que me iban hacer (...) Pensaba que solo era charlas, consejos, uno que otro refrán para hacerte sentir bien.”*** *(Testimonio 6)*

Finalmente los pacientes buscan INTERIORIZACIÓN. Ver lo malo en sus vidas y las opciones que tenían para salir de su enfermedad.

***“Pensaba darme cuenta de cosas que, tal vez, las había ignorado anteriormente.”*** *(Testimonio 1)*

**Figura 7: Causas de deserción entorno a las Expectativas.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.2.3 EXPERIENCIAS PREVIAS

##### 4.2.2.3.1 POSITIVAS

Los pacientes vuelven al terapeuta cuando sienten la empatía y que por fin hay alguien que los puede ayudar.

***“Me escuchó y me entendió, me entendía por el problema que estaba pasando (...) Regresaría con esa persona para recibir terapia” (Testimonio 4)***

***“Me sentí bien, reforzado, animoso y angustiado por vivir. La relación con el psicólogo fue nerviosa, pero después fui cogiendo confianza, conversé con él, y me dio ánimos para seguir adelante (...) Con el terapeuta me sentí en confianza, me dio esa mano que nunca había tenido. Regresaría.” (Testimonio 10)***

La seguridad que se genera al hablar con un profesional, fortifica la adherencia al tratamiento. El paciente se siente relajado, calmado cuando hablan con la persona que los entiende, no juzga y los hace recapacitar.

***“El especialista sabe la situación cómo se maneja, qué es, qué no es. Entonces me sentí total. La primera vez que hablé con el psicólogo me hizo ver muchas cosas que me hizo ver diferente mi forma de pensar. Me sentí libre y que mis ideas estaban claras, necesitaba con quien hablar y de alguien que sepa claramente cómo es la situación.” (Testimonio 6)***

Los pacientes se adhieren a la terapia cuando encuentran un esquema a seguir; cuando la terapia es proactiva y no solo se basa en una terapia pasiva donde el terapeuta se sienta a escuchar y el consultante habla sus pesares.

***“Me ha dado técnicas para manejar a mi hijo y hasta donde ser permisiva, con ejemplos...” (Testimonio 9)***

**Figura 8: Causas de adherencia entorno a las Experiencias Positivas.**



•  
**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.2.3.2 NEGATIVAS

Lo contrario a las experiencias positivas, y las causantes para la deserción, está cuando el Psicólogo no llega a enlazar una adecuada relación con su consultante.

*“Si veo que es una persona muy joven, no inspira confianza, cumple su trabajo por cumplir, no se involucra con su trabajo, yo no seguiría.” (Testimonio 4)*

*“Me hacía preguntas donde salía llorando y dije, no quiero más seguir con la terapia.” (Testimonio 7)*

Nuevamente, la empatía cumple un papel importante en una buena Terapia Psicológica. Si no existe ésta, no habrá una buena adherencia en el tratamiento.

*“Faltó más empatía por parte de la psicóloga. Ella y yo nos dábamos cuenta que había una barrera. Yo no permitía que ella avance conmigo porque no me daba esa confianza de seguirle contando. Entonces, sí fue difícil contarle ciertas cosas de mi vida que eran personales. Le contaba por partes y otras cosas me las guardaba. No me daba esa confianza.” (Testimonio 13)*

Otras experiencias negativas tuvieron que ver en torno al tiempo que duraba la terapia. Desconformidad en la corta duración que dura a nivel de salud pública ha hecho que el paciente opte por acudir infrecuentemente, deserte definitivamente o cambie regularmente de terapeuta.

*“El tiempo que en la salud pública es poco...” (Testimonio 14)*

*“Pasé por algunos psicólogos, cada uno tiene su metodología, no hay como una secuencia. Lo único que hacía, en su momento, era un desahogo, pero el problema seguía estando ahí. Algunos no daban la apertura, apenas se cumplía la hora daban por terminado la terapia y eso no me gustaba.” (Testimonio 16)*

*“Yo sí cambiaría a otro psicólogo particular. Es cierto que la ayuda brindada es buena, pero no es continua.” (Testimonio 1)*

**Figura 9: Causas de deserción entorno a las Experiencias Negativas.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### **4.2.3 FACTORES ASOCIADOS A LA TERAPIA**

El tercer motivo por el cual los pacientes desertan, está relacionado con el proceso de la psicoterapia. Muchos de ellos no consideran, a la terapia psicológica, necesaria para

sobrellevar la Depresión. Existen criterios de Negatividad, los mismos que se encuentran fortalecidos por limitantes personales.

#### 4.2.3.1 APRECIACIÓN DE LA TERAPIA.

En algunos de los testimonios recolectados, figura conciencia de la Psicoterapia como ayuda para salir de la Depresión.

***“Hay profesionales que se forma en la psique humana y yo necesito ayuda, quizás para largo...” (Testimonio 8)***

Los pacientes anhelan, en algún momento de la vida, dejar de consumir fármacos; por lo tanto, la terapia farmacológica (psiquiatría) debe ir de la mano con la terapia conductual (psicología).

***“No quiero vivir toda mi vida tomando pastillas.” (Testimonio 13)***

***“Con la terapia, creo que se puede evitar que vengan esos recuerdos a alterarme.” (Testimonio 2)***

En cambio, otros aún parecían incrédulos. Ven a la psicoterapia como una alternativa, sí; pero no están seguros que vaya a funcionar. Resultan incrédulos. Aceptan ir a las sesiones porque no ven mejoría con la medicación y la Psicoterapia, se transforma en la última alternativa para salir de su estado depresivo.

***“Si es necesario (la psicoterapia) para salir de esto, lo haría.” (Testimonio 7)***

**Figura 10: Causas de adherencia entorno a la Apreciación de la Terapia.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.3.2 NEGATIVIDAD

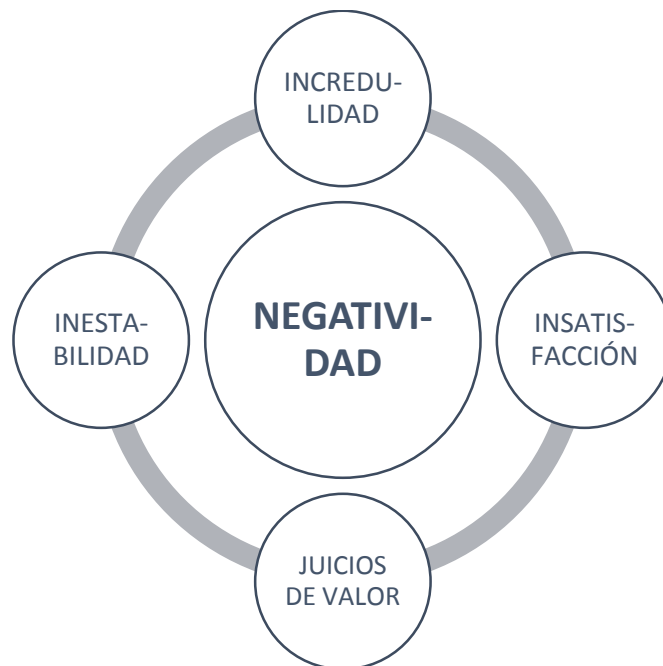
Los pensamientos negativos, para muchos de los pacientes fueron los causales para dejar de ir a las terapias. A esto se suma una variable *tiempo*, considerado como un limitante importante para los pacientes y las recaídas constantes, desmotivan a continuar yendo a las sesiones.

*“Ya no tenía tiempo para hacer terapias, y a pesar de recibir volvía a recaer. Entonces pensé que no me servía mucho y decidí controlar solo con medicación” (Testimonio 16)*

*“...realmente tuve que usar bastantes medicamentos porque la terapia psicológica no llevaba horarios y las citas son muy distantes, cada 8 o 15 días.” (Testimonio 16)*

*“El problema es cuando el psicólogo no se pone en los zapatos del paciente y le hace sentir al paciente como si estuviera siendo juzgado, en vez de siendo entendido, comprendido o ayudado. (Testimonio 11)*

**Figura 11: Causas de deserción entorno a la Negatividad.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.3.3 LIMITANTES

Afortunadamente, la mayoría de los pacientes contaban con REDES DE APOYO, entre ellos, la familia fue el principal pilar para seguir adelante con las terapias.

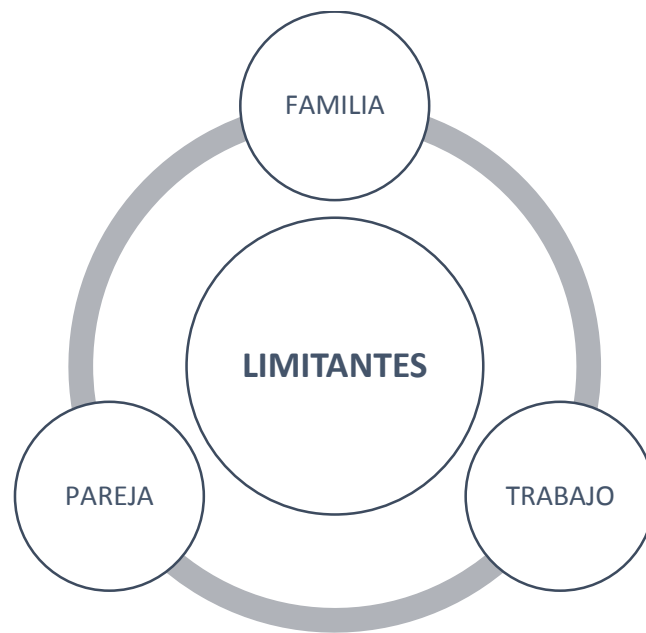
*“Mi familia me motiva a seguir en las terapias.” (Testimonio 4)*

Sin embargo, existieron algunos testimonio donde terceros, sí generaron limitaciones para acudir a la terapia psicológica.

*“Mi ex pareja si me generó problema...” (Testimonio 13)*

*“No todas las personas, pesen a que son profesionales de la salud, no consideran que la salud mental es importante.” (Testimonio 16)*

**Figura 12: Causas de deserción entorno a los Limitantes.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### **4.2.4 FACTORES ASOCIADOS A LA INSTITUCIÓN**

El ENTORNO donde se recibe Psicoterapia, al final, se considera un medio crítico para adherirse al tratamiento. Pues si no se siente conforme en el lugar donde está recibiendo terapia psicológica, el paciente suele desertar fácilmente.

##### **4.2.4.1 AMBIENTE**

Según los testimonios, el lugar donde recibieron Psicoterapia constituía un ambiente agradable, confortable y eso, permitía que estuvieran tranquilos, relajados, podían expresar sus emociones con naturalidad.

*“Tenía vista a la ciudad y no era encerrado en un cuarto de cuatro paredes. Me pareció adecuado.” (Testimonio 14)*

Los lugares amplios, confortables, fueron donde más cómodos se sentían los pacientes- Un ambiente diferente, sin el prototipo de un consultorio resultaba ser agradable para ellos.

*“El consultorio era muy amplio, era una sala, había unas lámparas anti estrés, una vela azul prendida aromatizante, tenía plantas, no se veía como un consultorio médico.” (Testimonio 16)*

Sin embargo, también se logró obtener reseñas de lugares que no fueron del agrado o propicio para seguir con la terapia. Objetos sencillos, lugares cerrados, pequeños, no fueron del agrado de ello.

*“No me gustaría recibir donde haya un escritorio en medio, donde el psicólogo esté al otro lado viéndome la cara.” (Testimonio 7)*

*“Era una típica oficina, escritorio, computador, dos sillas, y un anaquel. No había más...” (Testimonio 13)*

**Figura 13: Causas de deserción entorno al Ambiente.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.4.2 PROTOTIPOS

Se preguntó cuál sería el lugar ideal para recibir Psicoterapia. Se obtuvieron varias reseñas, pero algo en común que los pacientes expresaron fue entorno a la privacidad, lo cual en pacientes hospitalizados no la hay.

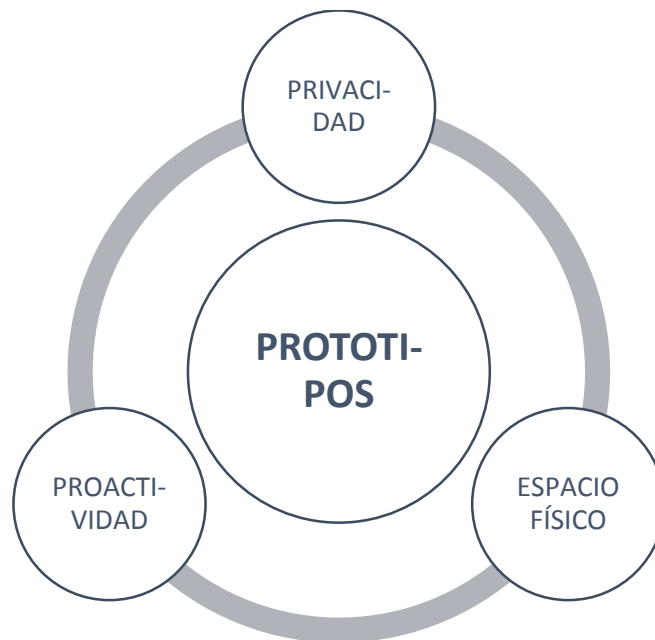
*“En hospitalización definitivamente no, me gustaría privacidad donde uno pueda llorar, o pueda decir las cosas con naturalidad. A veces uno se guarda las cosas porque están viendo otras personas o guardar los sentimientos por las mismas razones.” (Testimonio 4)*

Los ideales de los pacientes, cuando quieren recibir terapia figura en que ésta sea más activa, no solo estar sentado y platicar. Los colores, la amplitud y la iluminación hacen que los pacientes se sientan cómodos en el lugar donde reciben su tratamiento.

*“Creo que la gente se animaría más si primero hay empatía, y hagan ejercicios durante la consulta. Con ese tipo de cosas me parece que es más gráfico y genera más empatía” (Testimonio 9)*

*“Me hubiera gustado encontrar «colores». Un lugar adecuado debería ser más amplio se necesita vender la idea al paciente de que estás en el que vas a mejorar” (Testimonio 11)*

**Figura 14: Causas de adherencia entorno al Prototipo del Entorno.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.5 FACTORES SITUACIONALES.

Por último se analizó los factores extras que no tienen que ver con nada de las cuatro condiciones anteriores. Factores laborales, económicos o geográficos que impiden la adecuada persistencia a la terapia.

##### 4.2.5.1 LABORAL

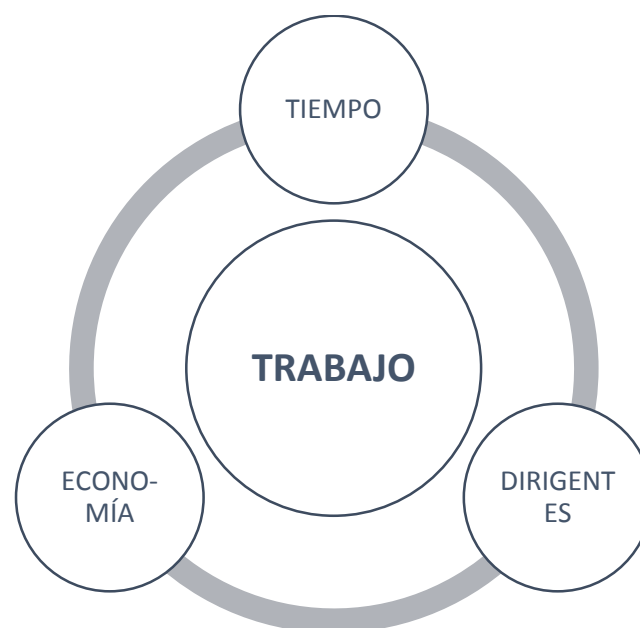
Pacientes con un trabajo estable, figuraba ser in limitante para acudir a las terapias. Y aún más, en el sector de salud, todavía existe cuestionamientos sobre la salud mental que impide a sus trabajadores acudir a las sesiones terapéuticas.

*“No todas las personas, pesen a que son profesionales de la salud no consideran que la salud mental es importante.” (Testimonio 16)*

*“En algún momento el trabajo sí me apartó un tiempo de las terapias.” (Testimonio 8)*

*“El dinero y el tiempo es algo que no me permite seguir con las terapias” (Testimonio 3)*

**Figura 15: Causas de deserción entorno a la situación Laboral.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

#### 4.2.5.2 DISTANCIA

Dentro de los testimonios, se logró encontrar que para un paciente, la distancia de su domicilio al lugar donde recibía la terapia sí fue un problema.

*“Es porque vivo lejos de aquí.” (Testimonio 3)*

*“Donde vivo no hay psicólogo; pero el principal problema, como mencioné, es el dinero y el tiempo.” (Testimonio 3)*

**Figura 16: Causas de deserción entorno a la Distancia.**



•  
**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

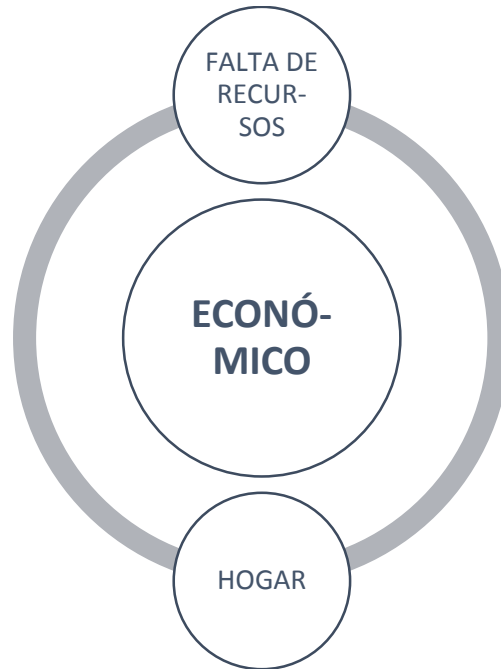
#### 4.2.5.3 ECONÓMICO

A pesar que la atención pública es gratuita, pacientes presentan sus opciones en cuanto a los recursos económicos sí son limitantes para acudir constantemente a las terapias, que a la vez está vinculado con la cuestión laboral.

*“El dinero no me alcanza para venir continuamente.” (Testimonio 3)*

*“Además hay un componente económico, donde las familias lo prioritario es destinar esos recursos a otros problemas de salud que la mental.” (Testimonio 8)*

**Figura 17: Causas de deserción entorno al factor Económico.**



**Elaborado por:** Pedro J. Portillo, 2019

## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación pretendió determinar la problemática relacionada a la deserción de la Terapia Psicológica en pacientes con Depresión Mayor. Con este objetivo, se recopiló los testimonios de los pacientes, mismos que fueron analizados, identificando las causas principales de deserción.

Al explorar los datos sociodemográficos, con respecto al factor edad, se puede destacar que el grupo de pacientes con Depresión Mayor, tenían un promedio de edad entre 31-40 años. Es decir, eran relativamente jóvenes. La OMS describe que el mayor número de casos con Depresión Mayor están entre la edad de 60-64 años; sin embargo, en este estudio no se comprobó dicha afirmación. Pero, sí se observó que a partir de los 20 años, las cifras de depresión van en ascenso. (World Health Organization, 2017)

La incidencia de Depresión Mayor en el 2010 fue 1.7 veces mayor en las mujeres (Albert, 2015) En este estudio, más de la mitad de los encuestados fueron del género femenino. El estudio de Bischoff y col. describe encontrar una relación entre la soltería y el abandono de la terapia. (Bischoff & Sprenkle, 1993) No obstante, en el presente estudio no se encontró que ser soltero se asocie al abandono del tratamiento ya que el porcentaje de dicha población fue similar a los pacientes casados.

En la categoría de factores Asociados con el paciente, cabe destacar que el principal motivo de deserción fue la percepción de mejoría subjetiva y es subjetiva porque el paciente no fue dado de alta o resuelto por el criterio del terapeuta; por tanto, se consideraría como un factor de resistencia del paciente a la terapia. Es difícil establecer semejanzas o diferencias con la literatura consultada debido a la falta de estudios cualitativos sobre la deserción de la psicoterapia; no obstante, el estudio de Jo Tak & Almao, manifiesta que la principal causa de deserción fue la mejoría fantasiosa de los síntomas y, por ende, la mejoría del conflicto emocional de base. (Jo Tak. & Almao, 2001) Como consecuencia, el paciente no vuelve o abandona la terapia.

Si el paciente muestra desinterés desde el inicio de la terapia, raramente continuará en las sesiones por el tiempo necesario para lograr su resiliencia. En el estudio se evidenció

varias creencias erróneas sobre la terapia y más aún, insatisfacción con experiencias previas que ha hecho desconfiar de la psicoterapia. En un estudio previo, independientemente de la patología, donde evaluaban la adherencia al tratamiento, revela que el paciente juega un papel fundamental en el tratamiento. Si éste es colaborador, participativo y sobretodo, acepta el tratamiento de manera voluntaria, la adherencia al tratamiento es exitosa, caso contrario, se llega al fracaso. (López-romero & Romero-guevara, 2016)

En cuanto a los factores relacionados con el terapeuta, los pacientes acudían con varias expectativas a la primera sesión. Es decir, los sujetos esperaban que el terapeuta les apoyara, les escuchara, fuera amable, etc. Sin embargo, muchas de sus expectativas no fueron cumplidas, el terapeuta no les escuchó, faltó confianza e interés por parte del profesional, lo cual generó un ambiente de hostilidad. Hunsley y col. menciona dentro de su trabajo que los factores para dar terminada la terapia desde el punto de vista del paciente, figuran el poco interés del terapeuta, experiencias negativas como la apatía y el poco tiempo en la terapia. En conclusión, una mala comunicación terapeuta-consultante, lleva a la deserción. (Hunsley, Aubry, & Verstervelt, 1999) Características negativas que se puede evidenciar en los testimonios de este estudio.

Por otro lado, una buena experiencia previa con el terapeuta, adecuada empatía, comprensión, privacidad y libertad de expresar sus dolencias, genera un ambiente de confianza y adherencia al tratamiento. Los sujetos que tuvieron experiencias positivas, cuyas expectativas se cumplieron como ellos esperaban, lograron entablar confianza con su terapeuta, lograron tener otra perspectiva de sus problemas o se sintieron mejor, regresaron a las siguientes citas. (Olán, 2007)

La mayoría de los pacientes estaban conscientes de su enfermedad y referían necesitar ayuda para poder sobrelivir. Consideraban a la psicoterapia como una ayuda a la terapia farmacológica, “algo complementario” como ellos lo describieron. Sin embargo, Olán menciona en su estudio, que no basta con que el paciente esté claro de su problema, porque existen varios factores ambientales los cuales, son debilitantes a su estado de convicción y generan dudas, inquietudes, rechazo a la terapia psicológica. Y muchos, son las experiencias negativas. (Olán, 2007)

Dentro de los factores relacionados con la terapia, la causa de deserción, en gran medida, se centraba en la inconformidad con el tratamiento. Los pacientes no encuentran un esquema a seguir. Similares cuestionamientos se ven reflejados en un estudio anterior; donde las percepciones de características negativas están afiliadas a la terapia como tal. (Olán, 2007)

En cuanto a los factores relacionados con la Institución, lo más destacable está el ambiente y los prototipos que el paciente necesita para adherirse a la terapia. De los testimonios se pudo obtener varias sugerencias para mejorar el lugar de la atención (enfocándose a las instalaciones). Algo en común, que los pacientes manifestaron, para mayor adherencia fue la privacidad y, mejorar la presentación visual del lugar de atención.

Rondón. A., et al (2009) menciona, por ejemplo, que un ambiente inadecuado, donde el paciente no se sienta cómodo, se sienta cohibido, modificaría el éxito de las técnicas utilizadas. Por ello, adaptar el ambiente a las propias necesidades del paciente sería una manera eficaz, para retener al paciente en las consultas subsiguientes. Quitar los objetos innecesarios como el escritorio, las sillas, los computadores y cambiarlos por plantas, pinturas, velas y aromatizantes, constituye el lugar ideal para recibir psicoterapia. Cambiar el enfoque visual de un consultorio a uno más hogareño y confortable, lograría apaciguar las inquietudes y barreras con las que el paciente llega al consultorio. Finalmente, un lugar lo suficientemente amplio y privado, orienta al consultante a sentirse bien, relajado y libre para expresar sus emociones.

Finalmente, en los factores situacionales, en relación a la categoría Laboral, es importante mencionar la limitación que tiene el paciente por su trabajo; el entorno profesional ha generado dificultad para tener el permiso y acudir a las terapias psicológicas. Uno de ellos, afirmó que era poco aceptable, los permisos para salud mental, por parte de las autoridades y compañeros de trabajo. Puede ser una resistencia por parte del paciente, el no asistir al tratamiento; pero, también podría ser una realidad social afiliada a las organizaciones de trabajo, donde se percibe negativamente, el hecho de acudir a un centro de Salud Mental.

En un estudio realizado por Nicholson menciona que los pacientes que viven fuera de la ciudad presentan una tasa de asistencia, a la terapia, del 100% vs el 71% de los que viven en la ciudad. (Nicholson, 1994) En este trabajo no se pudo determinar porcentajes de esta

categoría, pues solo existió un paciente que identificó la distancia de su domicilio al lugar de atención psicológico como problema. Sin embargo, la distancia constituía un factor secundario a su limitación física, la cual era la principal limitación para no acudir a la psicoterapia.

En este estudio, a pesar de contar con pacientes que tienen acceso al seguro social, el limitante económico, para muchos, fue un inconveniente. Pudo ser secundario, pero está dentro de las situaciones que generan inestabilidad a la asistencia periódica de la terapia. Muchos de los pacientes son jefes de hogar y, deben repartir sus recursos económicos entre hijos, estudios, alimentos, vestimenta, etc. Y retomando lo afirmado anteriormente, algunas instituciones únicamente dan permiso para limitaciones físicas u orgánica, más no para la Salud Mental (omitiendo que ésta última también es considerada como patología funcional) Por tanto, los pacientes prefieren continuar sus horas laborales para salvaguardar sus ingresos económicos y no invierten en la parte emocional.

## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Es evidente la problemática que existe con respecto a la Terapia Psicológica. Los pacientes desertan y las causas son varias. Factores propios del paciente como la falta de interés y el escepticismo han forjado una barrera entre la terapia y el paciente. La insatisfacción que se genera ante las expectativas no cumplidas, causa deserción y, finalmente, esa sensación de bienestar enmascarado confunde al paciente, lo hace pensar que se ha curado, pero no es así. Esa misma razón de bienestar, atribuida por el propio paciente, conlleva a las constantes recaídas y se convierte en un ciclo interminable. El paciente deja la terapia a penas nota mejoría, los síntomas depresivos vuelven después de cierto tiempo, el paciente regresa donde el Psicólogo, en el mejor de los casos, o bien cambia de Psicólogo y acude a la terapia ya desmotivado. En un par de sesiones psicológicas vuelve a notar mejoría y el ciclo se repite. La insatisfacción aumenta y favorece que los síntomas persistan, incluso con más intensidad.

Los pacientes se sienten seguros cuando hay una buena relación con el terapeuta. De eso, también depende que existan buenas o malas experiencias. Las buenas experiencias están ligado con la adherencia terapeuta y genera un ambiente de entendimiento mutuo. Lo contrario, las malas experiencias, dadas por la apatía del Psicólogo, la falta de privacidad y la falta de confianza, genera deserción.

Independientemente de la psicoterapia, el paciente deserta por un fuerte motivo: no encuentra un esquema de seguimiento. El paciente no solo desea hablar de su vida, en el tiempo entre sesiones, desea que el terapeuta le indique los avances y los próximos ejercicios. El paciente desea que el Psicólogo deje de ocultarse tras la bata blanca y se convierta en un compañero, que lo guíe durante su tratamiento.

Por fortuna, los pacientes cuentan con el apoyo principal de su familia, lo cual es importante para mantener constancia en el tratamiento. Lamentablemente la situación laboral y económica debilita la adherencia. Los sujetos, fuera del papel de paciente, llevan una vida laboral activa, muchos son cabeza de familia, son responsables del sustento económico y por ende, priorizan sus actividades laborales antes que su salud mental. Como resultante, dejan de acudir a las terapias.

Finalmente, se logró identificar problemas en el lugar de atención psicológica. Los pacientes afirmaron sentirse cómodos en un lugar amplio, con adecuada iluminación, privado; no obstante, mencionaron ciertos objetos que generaba incomodidad. Computador, escritorio y sillas repelen la calidez humana en la atención. Los pacientes necesitan encontrarse en un ambiente agradable, hogareño, con fuentes que inspire tranquilidad: una planta, un sillón cómodo, algún recuadro que le quite la fría imagen de un consultorio habitual.

## CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES

Al Médico que deriva al Psicólogo.

- Desmentir ciertos prejuicios que exista con respecto a la Terapia Psicológica.
- Educar al paciente. Explicar que la Salud Mental es parte de un estado de bienestar bio-psico-social y que necesita ser tratado por un especialista en la materia.
- Generar empatía con el paciente. Si el Médico no logra entablar confianza en la consulta, difícilmente, el paciente, obedecerá la recomendación de acudir al Psicólogo.

Al Terapeuta.

- Evadir distractores que impida la adecuada comunicación con el paciente. Barreras como el escritorio debería ser quitado en la Consulta Externa de Psicología.
- En la primera sesión determinar un plan a seguir con probables resultados esperados en tal número de sesiones.
- Explicar al paciente que la terapia lleva tiempo y es necesario varias sesiones antes que exista mejoría. De la misma manera, advertir la presencia de una aparente mejoría; pero, no debe dejar la terapia por su propia voluntad. Debe esperar el criterio del terapeuta antes de concluir con las terapias.
- Enfatizar en una buena relación terapeuta-consultante. Los pacientes califican la atención y el problema radica en la escasez de bienvenida. Se sugiere destacar la amabilidad, tener delicadeza al momento del interrogatorio; pensar que los pacientes se encuentra en un momento de crisis y para ellos, aceptar su problema o hablar de las causas que fue el detonante de la Depresión, resulta ser complicado y mortificante.
- Permitir que el paciente tenga opciones, herramientas, ejercicios que le resulte útil y prácticos para ser aplicados, en casa, en caso de inestabilidad.
- Se sugiere evitar los juicios de valor, especialmente durante las primeras sesiones donde el paciente se encuentra vulnerable a comentarios.
- Hacer más dinámica la consulta, fomentar ejercicios prácticos y valerse de material audiovisual para la captación del paciente.

Al Psiquiatra.

- Fomentar el trabajo conjunto con el Psicólogo.

- Explicar al paciente la necesidad de una terapia conjunta. La base de un buen tratamiento no radica en la administración de fármacos antidepresivos; más bien, es una terapia conjunta con la Psicología.
- Se sugiere tomar las mismas medidas de atención de calidad para el paciente: la empatía, la amabilidad, la comprensión, etc. Reflejar interés en el paciente; el respeto y la paciencia es fundamental para una buena relación terapeuta-consultante.

A las Instituciones de Salud que cuenten con Consulta Externa de Psicología.

- Se sugiere adaptar los consultorios, que sean lo suficientemente amplios para que el paciente no se sienta encerrado dentro de cuatro paredes.
- Eliminar objetos innecesarios que interrumpa el contacto visual y corporal entre el terapeuta y el paciente.
- Se sugiere adaptar el consultorio con objetos que genere sosiego, con adornos que cambien la perspectiva de un consultorio normal.

A las Instituciones de Salud con Hospitalización en Salud Mental

- Se recomienda contar con un lugar privado. Los pacientes hospitalizados que reciben psicoterapia se desenvuelven mejor en lugares íntimos. Si es la primera vez que reciben psicoterapia en un lugar donde carece de privacidad, el paciente va a adquirir una mala experiencia con la psicoterapia.
- Se recomienda que el lugar donde se reciba psicoterapia sea adaptado con todas las comodidades para que el paciente se sienta tranquilo, sereno y pueda desahogarse libremente.

A los familiares del paciente.

- Comprender que es un proceso largo y necesita el completo apoyo de las personas más allegadas al paciente.
- Supervisar el cumplimiento de las diferentes sesiones terapéuticas.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(4), 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Médica Panamericana. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/0B6-ryBrlW-AXekNmMjBGRHRtaGM/view>
- American Psychiatric Association. (2010). Practice guideline for major depressive disorder in adults. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 1–26. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423387.654001>
- Bischoff, R. J., & Sprenkle, D. H. (1993). Dropping Out of Marriage and Family Therapy : A Critical Review of, 1–14.
- Bousoño M, Baca E, Álvarez E, Eguiluz I, Martín M, Roca M, et al. (2008). Complicaciones de la depresión a largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr*, 36, 44–52.
- Bschor, T., Bauer, M., & Adli, M. (2014). Chronische und therapieresistente Depression - Diagnostik und Stufentherapie. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(45), 766–776. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0766>
- Bulloch, A. G. M., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2017). The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *Journal of Affective Disorders*, 223(April), 65–68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.007>
- Calvo Gómez, J. M., & Jaramillo González, L. E. (2015). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista de La Facultad de Medicina*, 63(3), 471–482. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>
- Campaña, P. B. (2012). Abandono del tratamiento Psicoterapéutico en el área de Consulta externa del Hospital Psiquiátrico “San Lázaro”. Retrieved from <http://200.93.225.12/handle/25000/2547>
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma.

- Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185–222.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. *Sociology of Health and Illness*, 30(4), 565–582.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01073.x>
- Fekadu, N., Shibeshi, W., & Engidawork, E. (2017). Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. *Journal of Depression and Anxiety*, 06(01), 1–7. <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000255>
- Flint, J., & Kendler, K. S. (2014). The Genetics of Major Depression. *Neuron*, 81(3), 484–503. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.01.027>
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., ... Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: Results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, 16(1), 1–8.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3638-0>
- Hernández, H. C., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., & Rodríguez, E. C. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47–58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
- Huang, C. Q., Dong, B. R., Lu, Z. C., Yue, J. R., & Liu, Q. X. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*, 9(2), 131–141. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2009.05.005>
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 213, 44–50.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
- Hunsley, J., Aubry, T. I. M. D., & Verstervelt, C. M. (1999). REASONS FOR PSYCHOTHERAPY TERMINATION, 36(4), 380–388.

- Jo Tak. & Almao (2001). Abandono del tratamiento en una consulta externa de Psiquiatría y Psicología Clínica, *Revista electrónica de PortalesMedicos.com*. PortalesMedicos.com. Retrieved from [http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono\\_tratamiento/index.htm](http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm)
- Katon, W., & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Special Issue: Depression and Mental Disorders and Diabetes, Renal Disease, and Obesity and Nutritional Disorders.*, 53(4), 859–863. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00313-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00313-6)
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2014). Sex differences in the pathways to major depression: A study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 426–435. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13101375>
- Londoño Pérez, C., & González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315–329. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.13>
- López-romero, L. A., & Romero-guevara, S. L. (2016). CONCEPTO Y MEDICIÓN. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliège, D., Anseau, M., Weich, S. T., ... Delie, D. (2014). Depression and socio-economic risk factors : 7-year longitudinal population study AUTHOR ' S PROOF Depression and socio-economic risk factors : 7-year longitudinal population study, 293–298. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020040>
- Lyon, U. L. (2014). from the SAGE Social Science Collections . All Rights.
- Moreno Méndez, J. H., Roza Sánchez, M., & Cantor Nieto, M. I. (2012). Permanencia y abandono terapéutico en un centro de servicios psicológicos^ies; Permanence and abandonment in a psychological services center^ien. *Psychol.Av.Discip*, 6(2), 23–34. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862012000200003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000200003)

- Morlino, M., Martucci, G., Musella, V., Bolzan, M., & de Girolamo, G. (1995). Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(1), 1–6. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09534.x>
- Nasif, J. (2015). The Emotional Impact of Chronic Illness. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 3(6), 177–180. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2015.03.00177>
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/650804>
- Nicholson, R. (1994). Factors Involved in Failure to Keep Initial Appointments Mental Health Professionals, (3).
- Nivard, M. G., Dolan, C. V., Kendler, K. S., Kan, K. J., Willemsen, G., Van Beijsterveldt, C. E. M., ... Boomsma, D. I. (2015). Stability in symptoms of anxiety and depression as a function of genotype and environment: A longitudinal twin study from ages 3 to 63 years. *Psychological Medicine*, 45(5), 1039–1049. <https://doi.org/10.1017/S003329171400213X>
- Olán, R. J. A. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o mas sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55–62.
- Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., Van Dam, R. M., Franco, O. H., Manson, J. A. E., ... Hu, F. B. (2010). Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women. *Archives of Internal Medicine*, 170(21), 1884–1891. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.356>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. H. (2017). Prevalencia , causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomedica*, 28(2), 73–98.
- Romero, C. E. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Rev Urug Cardiol*, 22(Cv).
- Rondón, A. P., Otálora, I. L., & 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.
- Scocco, P., & Frank, E. (2002). Interpersonal psychotherapy as augmentation treatment in depressed elderly responding poorly to antidepressant drugs: A case series. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(6), 357–361. <https://doi.org/10.1159/000065991>
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209–223. <https://doi.org/10.1002/jclp.22011>
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte De Salud Mental*, (33), 51–58.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Vidal-Infer, A., Lucas Domínguez, R., González De Dios, J., & Aleixandre-Benavent, R. (2016). Comunicación científica (XXXI). Cómo elaborar una tesis doctoral. *Acta Pediatrica Espanola*, 74(2), 64–67. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70004-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70004-6)
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275–286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*, 1–24. <https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO>

## ANEXOS

### ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de Consentimiento Informado está dirigido para los pacientes que se encuentra en el Departamento de Salud Mental del Hospital Carlos Andrade Marín, a quienes se les invita a participar en la investigación: “DESERCIÓN DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA EN CONSULTA EXTERNA, LUEGO DEL ALTA HOSPITALARIA, EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR, DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN – QUITO, DURANTE EL PERIODO ENTRE ENERO - MARZO DEL 2019”

**Investigador:**

Pedro Juan Portillo Cadena

Estudiante de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**Tutor:**

Dr. Freddy Gonzalo Carrión Suárez

La deserción de la Terapia Psicológica se refiere a la no culminación del proceso terapéutico solicitado por el personal de salud. Existen varios sinónimos que se refiere al mismo hecho, como: abandono, incumplimiento, terminación temprana, no adherencia o discontinuidad terapéutica (Sirvent, 2009). La deserción terapéutica, en la terapia psicológica, se da entre la quinta y undécima sesión (Lyon, 2014) Además, algunos estudios muestran que los pacientes asisten en promedio un total de 3 sesiones y, teniendo en cuenta que la efectividad de la terapia psicológica se consigue dentro de las 8 y 12 sesiones, evidentemente es un número insuficiente para lograr el efecto deseado (Sirvent, 2009)

Según las cifras de deserción a nivel mundial:

- Entre el 26% – 50% no acuden a su primera cita.

- Entre un 9% – 40% no acuden a las citas subsecuentes.
- Entre un 30% – 60% abandonan el tratamiento en el primer año, y la mayoría de estos son antes de las cuatro primeras citas.
- Entre un 35% - y un 50% no acuden a ningún psicólogo, luego del alta hospitalaria.  
(Jo Tak. & Almao, 2001)

Las causas de deserción son multifactoriales; por esta razón estoy realizando esta encuesta para conocer las principales causas que motiven a dejar la terapia psicológica. Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria. Usted podrá elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de opinión y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado antes. Es su elección y todos sus derechos serán respetados. Esta investigación incluye responder una serie de preguntas sobre la percepción personal de la terapia psicológica y su relación con la enfermedad.

No se compartirá la identidad de los participantes. La información se conservará de manera confidencial y únicamente el investigador tendrá acceso a la misma.

Cualquier información acerca de usted, tendrá un código alfa numérico en lugar de su nombre.

He leído y/o entendido la información proporcionada. Se me ha respondido satisfactoriamente las preguntas y consiento voluntariamente participar en esta investigación entendiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante:

---

Firma del Participante:

---

Firma del Representante (si el caso amerita): \_\_\_\_\_

Nombre del investigador: **PEDRO JUAN PORTILLO CADENA**

Teléfono: **0968298890**

E-mail: **pportillo018@puce.edu.ec**

Dirección: **José Tamayo N24-56 y Mariscal Foch - Quito**

Firma del investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

Fecha: \_\_\_\_\_

N° Muestra: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Nivel educativo:

Primaria: \_\_\_\_\_ Secundaria: \_\_\_\_\_ Completa: \_\_\_\_\_ Incompleta: \_\_\_\_\_ Superior: \_\_\_\_\_

Situación laboral: Estudiante: \_\_\_\_\_ Empleado Público: \_\_\_\_\_ Empleado privado: \_\_\_\_\_

Desempleado: \_\_\_\_\_

Comorbilidades: Física/Orgánica: \_\_\_\_\_ Mental: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido anteriormente terapia psicológica? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

## ENTREVISTA

1. ¿Cuál fue la causa principal que lo motivó a abandonar la terapia psicológica?
2. ¿Está consciente que su enfermedad necesita ayuda psicológica? ¿Por qué?
3. ¿Qué esperaba usted, del tratamiento, antes de ir al psicólogo?
4. ¿Cómo se sintió usted luego de ir al psicólogo? ¿Regresaría?
5. ¿Su situación laboral, familiar o académico fue un problema para que asista a la terapia psicológica? ¿Por qué?
6. ¿Le pareció acogedor el lugar donde recibió la terapia psicológica? ¿por qué?