

**International Journal of
Clinical and Health
Psychology**

International Journal of Clinical and
Health Psychology

ISSN: 1697-2600

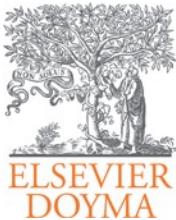
jcsierra@ugr.es

Asociación Española de Psicología
Conductual
España

T. Lopes, Rodrigo; Gonçalves, Miguel M.; Sinai, Dana; P. Machado, Paulo P.
Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression
International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 15, núm. 1, enero-abril, 2015, pp. 77-81
Asociación Española de Psicología Conductual
Granada, España

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33732958010>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org



International Journal of Clinical and Health Psychology

www.elsevier.es/ijchp



ARTÍCULO BREVE

Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression

Rodrigo T. Lopes^a, Miguel M. Gonçalves^{a,*}, Dana Sinai^b, Paulo P. P. Machado^a

^a Universidade do Minho, Portugal

^b Ben-Gurion University of the Negev, Israel

Recibido 21 Julio, 2014; aceptado 3 Noviembre, 2014

PALABRAS CLAVE

Abandono;
tratamiento
psicológico de la
depresión;
terapia narrativa;
terapia
cognitivo-conductual;
estudio
cuasi-experimental.

Predictores de abandono en un ensayo clínico controlado de psicoterapia para depresión moderada

Resumen Un número significativo de clientes de psicoterapia no recibe tratamiento adecuado y una de las principales razones es el abandono. La literatura existente al respecto es contradictoria. Este estudio explora potenciales predictores del abandono en una muestra de clientes que participaron en un ensayo clínico diseñado a fin de demostrar la eficacia de la terapia narrativa en el trastorno depresivo mayor en comparación con la terapia cognitivo-conductual. Los resultados muestran que (1) la asignación al tratamiento no predijo el abandono, (2) los clientes que al comenzar el tratamiento estaban medicados tuvieron un 80% menos de probabilidad de abandonar la psicoterapia, comparado con los clientes no medicados y (3) los clientes con comorbilidad ansiosa tuvieron un 82% menos de probabilidad de abandonar la psicoterapia comparado con los clientes sin comorbilidad. Se recomienda a los clínicos prestar especial atención a los clientes sin medicación y/o que no padecen de comorbilidad ansiosa. Se requiere de más investigación para comprender esta relación.

© 2014 Asociación Española de Psicología Conductual. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Dropout;
psychological
treatment of
depression;
narrative therapy;

Abstract A significant number of psychotherapy clients remain untreated, and dropping out is one of the main reasons. Still, the literature around this subject is incoherent. The present study explores potential pre-treatment predictors of dropout in a sample of clients who took part in a clinical trial designed to test the efficacy of narrative therapy for major depressive disorder compared to cognitive-behavioral therapy. Logistic regression analysis showed that: (1) treatment assignment did not predict dropout, (2) clients taking psychiatric medication at intake were 80% less likely to drop out from therapy, compared to clients who were not taking medication, and (3)

*Correspondencia con el autor: School of Psychology, University of Minho, 4710-057 Braga, Portugal
Dirección correo electrónico: mgoncalves@psi.uminho.pt (M.M. Gonçalves).

cognitive-behavioral therapy;
quasi-experimental study.

clients presenting anxious comorbidity at intake were 82% less likely to dropout compared to those clients not presenting anxious comorbidity. Results suggest that clinicians should pay attention to depressed clients who are not taking psychiatric medication or have no comorbid anxiety, though more research is needed in order to understand this relationship.
© 2014 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U.
All rights reserved.

Un número significativo de clientes de psicoterapia no recibe tratamiento adecuado y una de las razones principales es el alto índice de abandono del mismo (aproximadamente desde un 20% hasta un 74%; Swift y Greenberg, 2012). Pocos predictores del abandono han surgido de manera recurrente en la investigación, tales como el bajo nivel socio-económico (NSE; Reis y Brown, 1999), estar casado o vivir en pareja, tener experiencia previa con la psicoterapia (Werner-Wilson y Winter, 2010), bajo nivel educativo (Swift y Greenberg, 2012), edad avanzada (Pomp, Fleig, Schwarzer, y Lippke, 2013), ser afro-ameriano (Lester, Artz, Resick, y Young-Xu, 2010), ser mujer (Shamir, Szor, y Melamed, 2010), sufrir bajos niveles de ansiedad y/o depresión (Baekeland y Lundwall, 1975), reducida experiencia clínica de los terapeutas (Roos y Werbart, 2013; Swift y Greenberg, 2012) y débil alianza terapéutica (Sharf, Primavera, y Diener, 2010). Aún así, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que no existe una clara evidencia de un patrón de predictores de abandono (Baekeland y Lundwall, 1975; Casares-López et al., 2011; Swift y Greenberg, 2012). El objetivo de este estudio es explorar, a partir de datos de pre-tratamiento, los posibles predictores del abandono.

Método

Los participantes, terapeutas, procedimientos y condiciones de tratamiento se describen con más detalles en el informe original del estudio (Lopes et al., 2014).

Participantes

Sesenta y tres clientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM) moderado de acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) fueron asignados a la terapia narrativa (TN, n=34) o a la terapia cognitivo-conductual (TCC, n=29). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento [i.e., 35,44 años de media ($DT=11,51$), 81% de mujeres, el 79,4% tenía comorbilidad ansiosa y el 60,3% comenzó el tratamiento tomando medicación psiquiátrica]. Diez psicólogos, con 1,9 años de experiencia clínica de media ($DT=2,13$), atendieron a los clientes de forma individual.

El porcentaje de abandono fue del 36,50% [TN=41%, TCC=31%; $\chi^2_{(1)}=0,32$, $p=0,568$]. Se definió el abandono como la terminación unilateral del tratamiento por parte del cliente sin la aprobación o el conocimiento del terapeuta (Jung, Serralta, Nunes y Eizirik, 2013).

Procedimiento

Los manuales terapéuticos de la TCC (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y de la TN (White, 2007) se aplicaron durante 20 sesiones y fueran solicitados requisitos similares para los clientes de los dos grupos (por ejemplo, completar los cuestionarios, tareas dentro y fuera de la sesión).

Instrumentos

- La Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (First, Spitzer, Gibbons y Williams, 2002) se utilizó para recopilar información demográfica (por ejemplo, edad, género, estado civil, situación laboral y años de educación) y clínica (como la evaluación global de funcionamiento [EGF], la presencia de comorbilidad ansiosa, consumo de medicación, hospitalizaciones previas, intentos de suicidio previos y psicoterapia previa).
- El Índice Graffar (1956) se utilizó para medir el nivel socioeconómico (NES).
- El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) se utilizó para medir la gravedad inicial de los síntomas depresivos.
- El *Outcome Questionnaire* (OQ45.2; Lambert et al., 1996) y sus sub-escalas se emplearon para evaluar el malestar psicológico general, los problemas interpersonales y el desempeño del rol social.
- El Inventario de Alianza Terapéutica, versión cliente (IAT-C; Horvath y Greenberg, 1989) se utilizó en la cuarta sesión para evaluar la calidad de la alianza terapéutica desde la perspectiva de los 40 participantes que finalizaron y de los 15 clientes que abandonaron el tratamiento.

Resultados

Abandono a lo largo del tratamiento

De los 23 clientes que abandonaron, el 48% lo hizo al final de la cuarta sesión y el 91% abandonó el tratamiento antes de la 11^a sesión. La permanencia media en el tratamiento para el grupo que abandonó fue de 6,4 ($DT=4,4$).

Predictión del abandono

Como se muestra en la Tabla 1, se utilizaron los test *t* y chi-cuadrado para comparar los clientes que abandonaron con los que finalizaron de acuerdo a sus características generales (edad, género, estado civil, situación laboral, años de

Tabla 1 Comparación entre los participantes que completaron y los que abandonaron de acuerdo con las variables continuas y discretas del pre-tratamiento.

	Finalizaron <i>M (DT)</i>	Abandonaron <i>M (DT)</i>	<i>t</i> (61)	<i>p</i>
Edad del cliente	36,2 (11,6)	34,1 (11,6)	0,68	0,497
Años de educación	13,1 (5,3)	13,7 (3,6)	-0,48	0,632
Nivel socio-económico (Graffar ¹)	12,7 (3,4)	11,7 (2,6)	1,11	0,273
EGF	59,1 (11,5)	61,1 (8,4)	-0,71	0,478
Puntuación total del BDI-II	31,5 (10,2)	31,0 (11,7)	0,17	0,867
Puntuación total del OQ-45,2	95,9 (20,1)	91,9 (17,2)	0,80	0,430
Puntuación de la subescala de malestar subjetivo	57,8 (12,8)	54,6 (11,5)	-0,99	0,325
Puntuación la subescala del desempeño del rol social	16,7 (4,9)	16,9 (3,5)	0,15	0,885
Puntuación de la subescala de problemas interpersonales	21,4 (5,7)	20,4 (5,7)	-0,62	0,535
Puntuación IAT-C en la sesión 4	50,9 (5,3)	51,0 (5,0)	-0,07	0,944
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	$\chi^2_{(1,3)}$	<i>p</i>
Asignación del tratamiento			0,70	0,404
Terapia Narrativa	14 (41,2%)	20 (50%)		
Terapia Cognitivo-Conductual	9 (31%)	20 (50%)		
Nivel de experiencia clínica de los terapeutas			1,31	0,520
Novato	12 (30,0%)	4 (17,4%)		
Aprendiz	1 (2,5%)	1 (4,3%)		
Graduado	27 (67,5%)	18 (78,3%)		
Género del cliente			0,17	0,680
Mujer	33 (82,5%)	18 (78,3%)		
Hombre	7 (17,5%)	5 (21,7%)		
Estado civil			3,41	0,333
Casado/a	15 (37,5%)	6 (26,1%)		
Soltero/a	17 (42,5%)	10 (43,5%)		
Divorciado/a	6 (15,0%)	7 (30,4%)		
Viudo/a	2 (5,0%)	0 (0,0%)		
Situación laboral			3,94	0,268
Empleado/a	18 (45,0%)	14 (60,9%)		
Desempleado/a	12 (30,0%)	2 (8,7%)		
Estudiante	9 (22,5%)	6 (26,1%)		
Jubilado	1 (2,5%)	1 (4,3%)		
Psicoterapia previa			0,00	0,950
No	35 (87,5%)	20 (87,0%)		
Sí	5 (12,5%)	3 (13,0%)		
Intento de suicidio previo			0,93	0,334
No	35 (87,5%)	18 (78,3%)		
Sí	5 (12,5%)	5 (21,7%)		
Hospitalización previa			$\chi^2_{(1)} = 0,14$	0,711
No	36 (90,0%)	20 (87,0%)		
Sí	4 (10,0%)	3 (13,0%)		
Medicación psiquiátrica al comienzo de la psicoterapia			$\chi^2_{(1)} = 6,79$	0,009
No	11 (27,5%)	14 (60,9%)		
Sí	29 (72,5%)	9 (39,1%)		
Comorbilidad ansiosa al comienzo de la psicoterapia			$\chi^2_{(1)} = 3,15$	0,076
No	29 (72,5%)	21 (91,3%)		
Sí	11 (27,5%)	2 (8,7%)		

¹ Graffar es una clasificación internacional para el nivel socioeconómico (Graffar, 1956). Cuanto mayor es la puntuación, menor el nivel socioeconómico. Las medias de la muestra (*TN M* = 12,2; *TCC M* = 12,6) indican alta SES. Nota. *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; EGF = Evaluación Global de Funcionamiento del DSM-IV (First et al., 2002); BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II; OQ-45,2 = *Outcome Questionnaire* 45,2; IAT-C = Inventario de alianza terapéutica, versión cliente.

educación y NSE), características clínicas en la admisión (EGF, comorbilidad ansiosa, consumo de medicación, hospitalizaciones previas, intentos de suicidio previos, psicoterapia previa, las puntuaciones en el BDI-II, OQ-45.2 y sus subescalas), variables de proceso (asignación del tratamiento y puntuación en la IAT-C) y una variable del terapeuta (experiencia clínica). Las comparaciones al menos marginalmente significativas entraron en un modelo de regresión logística para predecir el abandono. Sólo el consumo de medicación [$\chi^2_{(1)}=6,79$, $p=0,009$] y la comorbilidad ansiosa en la admisión al tratamiento [$\chi^2_{(1)}=3,15$, $p=0,076$] reunieron este criterio y ambas variables mostraron efectos independientes sobre las probabilidades de abandono del tratamiento. Los clientes medicados fueron un 80% menos propensos al abandono en comparación con aquellos no medicados [$OR=0,2$ (95% CI=0,063-0,639), $p=0,007$]. El 82% de los clientes que presentaron comorbilidad ansiosa fueron menos propensos a abandonar en comparación con aquellos que no presentan comorbilidad ansiosa [$OR=0,182$ (95% CI=0,033-1,016), $p=0,0520$].

Discusión

Los resultados no han corroborado las variables que generalmente predicen el abandono (por ejemplo, bajo SES, bajo nivel educativo, ser mujer y débil alianza terapéutica). La asignación a TN o a TCC no predice el abandono, lo que por un lado está de acuerdo con los hallazgos en la literatura (Swift y Greenberg, 2012), pero entra en conflicto con las conclusiones que muestran tasas de abandono más altas en las terapias de TCC en comparación con otras terapias (por ejemplo, Peñate Castro et al., 2014). Estos resultados negativos se deben leer con precaución debido a la reducida varianza, evitando así su generalización.

El consumo de medicación al comienzo de la psicoterapia reduce las probabilidades de abandono. A pesar de que clínicos e investigadores están de acuerdo en que "el alivio de los síntomas con medicación reduciría la motivación de mejorar la comprensión y/o hacer los cambios necesarios en el estilo de vida para llevar a cabo una 'cura' duradera" (Thase y Jindal, 2004, p. 743), también reconocen que la farmacoterapia es "una manera de acelerar la recuperación y ayudar a los pacientes a hacer un mejor uso de la psicoterapia" (p. 744). El alivio de los síntomas negativos promovido por la medicación puede haber ayudado a los clientes a adherirse a la psicoterapia y a terminar el tratamiento. Además, el hecho de que los clientes recibieran asistencia simultánea de un psiquiatra y un psicólogo puede haber disminuido la probabilidad de abandono.

El otro factor de predicción importante para el abandono es no presentar comorbilidad ansiosa al inicio del tratamiento. Se puede sugerir que los síntomas de ansiedad aumentarían el nivel de actividad y ello aumentaría la motivación para completar la intervención. Dado que síntomas negativos, como la baja actividad y la anhedonia caracterizan el TDM, es posible que los clientes deprimidos sin comorbilidad ansiosa tengan menos motivación para completar el tratamiento.

Los resultados sugieren que los clínicos deben prestar especial atención a los clientes sin medicación y/o que no padeczan comorbilidad ansiosa, especialmente en las pri-

meras etapas de la psicoterapia cuando es más probable que ocurra el abandono.

Agradecimientos

La Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) apoyó este artículo a través del proyecto de investigación "La ambivalencia y la psicoterapia sin éxito" [PTDC/PSI-PCL/121525/2010], coordinado por M. Gonçalves, y a través de la financiación de la beca de doctorado de R. Lopes [SFRH/BD/47343/2008]. Los autores desean agradecer a los clientes, los terapeutas y el personal del Servicio de Psicología de la Universidade do Minho que han participado en el estudio en sus diversos momentos; a Cátia Von Doellinger, quien ayudó con la recopilación de datos y en el análisis estadístico; a Dulce Pinto, que ha revisado el manuscrito; a Pablo Fernández-Navarro por la traducción de la versión en español y a María Camara-Serrano y a Paula Balbi por la revisión. Una versión anterior de este artículo fue presentada en la 42^a reunión internacional de la Society for Psychotherapy Research, celebrada en Berna, Suiza, en junio de 2011.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed. rev.). Autor: Washington, D.C.
- Baekeland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783. doi:10.1037/h0077132
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Casares-López, M. J., Díaz-Mesa, E., García-Portilla, P., Bobes-Bascarán, M. T., Fonseca-Pedrero, E., Carreño, E., Marina, P., Bascarán, M. T., Cacciola, J., Alterman, A. y Bobes, J. (2011). Sixth version of the Addiction Severity Index: Assessing sensitivity to therapeutic change and retention predictors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 495-508.
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbons, M. y Williams, J. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research version, Non-patient Edition (SCID-II-NP)*. Nueva York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. y Eizirik, C. L. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35, 181-190. doi:10.1590/S2237-60892013000300005
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. y Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lester, K., Artz, C., Resick, P. A. y Young-Xu, Y. (2010). Impact of race on early treatment termination and outcomes in posttraumatic stress disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 480-489. doi:10.1037/a0019551

- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P. P., Sinai, D., Bento, T. y Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 0, 1-13. doi:10.1080/10503307.2013.874052
- Peñate Castro, W., Roca Sánchez, M. J., Pitti González, C. T., Bethencourt , J. M., De la Fuente Portero, J. A. y Gracia Marco, R. (2014). Cognitive-behavioral treatment and antidepressants combined with virtual reality exposure for patients with chronic agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 9-17. doi: 10.1016/S1697-2600(14)70032-8
- Pomp, S., Fleig, L., Schwarzer, R. y Lippke, S. (2013). Effects of a self-regulation intervention on exercise are moderated by depressive symptoms: A quasi-experimental study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 1-8. doi:10.1016/S1697-2600(13)70001-2
- Reis, B. F. y Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 123-136. doi:10.1037/h0087822
- Roos, J. y Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418. doi:10.1080/10503307.2013.775528
- Shamir, D., Szor, H. y Melamed, Y. (2010). Dropout, early termination and detachment from a public psychiatric clinic. *Psychiatria Danubina*, 22, 46-50.
- Sharf, J., Primavera, L. H. y Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637-645. doi:10.1037/a0021175
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Thase, M. E., y Jindal, R. D. (2004). Combining Psychotherapy and Psychopharmacology for treatment of Mental Disorders. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5^a ed., pp. 743 - 766). Nueva York: Wiley.
- Werner-Wilson, R. J. y Winter, A. (2010). What Factors Influence Therapy Drop Out? *Contemporary Family Therapy*, 32, 375-382. doi:10.1007/s10591-010-9131-5
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York, NY: WW Norton y Company.