

## MOTIVOS DE ABANDONO EN TERAPIA DE CONDUCTA

A. Gavino

A. Godoy

UNIVERSIDAD DE MALAGA

### RESUMEN

*En este trabajo se plantea el problema de los abandonos terapéuticos y reflexionar sobre dos puntos importantes: por qué se dan y qué posibilidades de evitarlos podemos ofrecer a los terapeutas que día a día se encuentran con este inconveniente.*

*Dentro del cuadro de abandonos hemos contemplado los casos de "mejoría" que, a nuestro parecer, podrían valorarse como fracaso terapéutico.*

*Nuestra reflexión nos ha llevado a plantear los distintos tipos de abandono, dependiendo de la fase terapéutica en la que aparece, así como las diferentes justificaciones que dan los pacientes cuando manifiestan su deseo de abandonar la terapia. Además, hemos expuesto algunas posibles alternativas que podrían contemplarse con el fin de educir al máximo tales situaciones.*

**Palabras clave:** ABANDONO TERAPEUTICO, FRACASO TERAPEUTICO

### SUMMARY

*This paper deals with therapeutic desertions problems and with some reflections about two therapeutic important issues: Why therapeutic desertions happen and how we can avoid them.*

*In this frame, we have treated some cases of therapeutic improvement as desertions, and therefore, as therapeutic partial failures.*

*Several kinds of desertions related to the therapeutic phase in which they happen and to types of argument given by patients are been distinguished. Also, some options to decrease desertions in therapy are expounded.*

**Palabras clave:** THERAPEUTIC DESERTIONS, THERAPEUTIC PARTIAL FAILURES

## 1. INTRODUCCION

Es una realidad que los abandonos terapéuticos se producen con relativa frecuencia. De hecho, no creemos que exista ni un solo terapeuta que no haya tenido, a lo largo de su experiencia clínica, algún caso de abandono.

En la literatura científica no suelen publicarse los casos que terminan en fracaso o en abandono. Sin embargo, consideramos que los datos que pueden aportar son tan importantes como los que aportan los casos de éxito, ya que, si se dan en el período de evaluación, se puede deber a la falta todavía de estrategias y medios evaluadores, si ocurren durante la intervención técnica, constituyen el porcentaje clave que hace que no se pueda decir que las técnicas terapéuticas funcionan con una eficacia cercana al cien por cien. Además, permitirían evitar algunos de los efectos negativos que, parece, producen a veces las intervenciones terapéuticas (Hadley y Strupp, 1976; Imber, Pilfonis y Glanz, 1983; Lambert y Bergin, 1983).

Quizá antes de entrar en el tema habría que plantearse ¿qué se entiende por abandono?

Posiblemente haya consenso entre los autores si consideramos que "abandono" en clínica consiste en la interrupción del tratamiento antes de conseguir los objetivos terapéuticos propuestos.

Esa interrupción puede producirse de varias maneras: el paciente deja de acudir al tratamiento sin previo aviso; interrumpe el tratamiento dando una explicación al terapeuta; o, simplemente, ambos, terapeuta y paciente, están de acuerdo en la interrupción. Así pues, podemos plantearnos que existen distintos tipos de abandono, algunos se consideran fracasos y otros reciben nombres con connotaciones menos negativas.

Efectivamente, cuando se interrumpe un tratamiento, la mayor parte de las veces, se considera un fracaso, a no ser que los motivos sean ajenos a la terapia. Un cambio de ciudad del paciente, por ejemplo. El resultado de ese abandono es que no se puede finalizar el tratamiento y, por lo tanto, el beneficio que se pretende conseguir para el paciente no se alcanza. Está claro, pues, que el terapeuta no ha conseguido los objetivos que se derivan de la evaluación.

Sin embargo, ocurre con cierta frecuencia que la interrupción ha ocurrido en un momento de la intervención terapéutica que ha permitido conseguir algunos objetivos, por lo que ya no se habla a veces de abandono, sino de mejoría. Pero, desde nuestro punto de vista, cabe preguntarse: cuando se habla de "mejoría", ¿se está enmascarado un tipo concreto de abandono?. En otras palabras, cuando leemos una publicación en la que los resultados son de "mejoría", ¿cómo se ha finalizado?, ¿por qué no se ha seguido hasta conseguir un éxito total?.

En este último caso sí que existen publicaciones, puesto que tiene un sentido positivo, incluso sirven para demostrar que el tratamiento funciona. Cualquier revista científica, nacional o internacional, que publique artículos de intervención terapéutica lo demuestra.

Por supuesto, al igual que en los abandonos, habría que preguntarse ¿qué motivos han llevado a la no consecución de resultados más positivos?. En otras palabras, ¿por qué no se ha seguido el tratamiento?. Posiblemente una manera de recoger más datos sería el que los autores de esas publicaciones expusieran sistemáticamente los motivos de la no continuidad del tratamiento. De lo contrario, nos encontramos con meras conjeturas basadas, muchas veces, en la propia experiencia de quien reflexiona sobre ello.

Es cierto que en algunos casos lo que queda por conseguir puede ser tan insignificante que el terapeuta considere más beneficioso acabar el tratamiento que seguir y producir un efecto negativo en el paciente, quizá por hacerse demasiado largo el tratamiento. Pero ¿es esta causa la que se presenta en la mayoría de los tratamientos en los que los resultados son considerados de "mejoría"?. Creemos que no, y que al igual que en abandonos, los motivos son varios. Depende de éstos el que, a nuestro juicio, entre a formar parte de los abandonos o no. Esto es, el término "mejoría" puede enmascarar fracasos o abandonos. Solo en el caso de que lo que quede por resolver en la intervención terapéutica sea evaluado por el terapeuta como poco relevante o sin consecuencias negativas en los objetivos conseguidos (objeti-

vos prioritarios por supuesto), podremos hablar de mejoría. El resto es abandono, entendido éste como sinónimo de fracaso terapéutico.

Este tipo de abandono, el de fracaso, llámese abandono o mejoría, es el que nos interesa aquí y en el que vamos a centrarnos en este trabajo.

Así pues, pretendemos reflexionar sobre posibles respuestas a preguntas como: ¿cuáles son los motivos más frecuentes por los que se abandona un tratamiento?, y ¿se podría detectar en el proceso terapéutico la posibilidad de abandono?.

## 2. MOTIVOS DE ABANDONO TERAPEUTICO

Ya hemos visto más arriba que los abandonos pueden ser de varios tipos. En realidad se pueden diferenciar dependiendo de las causas que los motivan. Algunos tienen que ver con el propio tratamiento y otros son completamente independientes. Algunos se producen en la fase evaluadora y otros en la de intervención. Algunos, en fin, ocurren cuando se han conseguido pocos objetivos terapéuticos y otros cuando se han cumplido bastantes de los objetivos o al menos los más importantes.

Es difícil obtener datos procedentes de las revistas científicas que publican tratamientos puesto que, como ya hemos comentado anteriormente, no se suelen publicar los casos sin finalizar. Sin embargo, hay algunas excepciones, como el libro de D.T. Mays y C.M. Franks: "Negative outcome in psychotherapy and what to do about it" (1985) y el libro de E. Foa y P.M.G. Emmelkamp: "Failures in behavior therapy" (1983).

Por nuestra parte, hemos realizado un estudio retrospectivo en el Servicio de Psicología (\*) de la Universidad de Málaga y que nos puede servir para ilustrar este punto.

---

(\*) El Servicio de Psicología de la Universidad de Málaga atiende a toda persona relacionada con la Universidad (estudiantes, profesores, personal no docente y familiares directos de todos ellos, así como la guardería infantil que tiene esta Universidad). Por otra parte, realiza estudios sociales de interés para la Universidad. Es un servicio gratuito y depende directamente del Vicerrectorado de Servicios Asistenciales. Consta de tres secciones: sección de adultos, sección de infantil y sección de estudios sociales. En ésta última se realizan aquellos estudios que sirven posteriormente para la puesta en marcha de proyectos sociales desde el Vicerrectorado al que pertenece.

Se han recogido todos los casos de abandono y de mejoría que se han dado durante tres años en un total de 95 casos (se han excluido todos aquellos casos que no tenían un informe completo, por motivos diversos, aunque el resultado fuese exitoso). Hemos incluido también el motivo que ha dado el paciente sobre el resultado (abandono o mejoría), si ha habido lugar. Adelantamos que no hemos podido encontrar una relación entre abandono o mejoría y demanda, o entre aquellos y variables a tratar.

De un total de 95 casos (52 de adultos y 43 de niños) ha habido 24 casos de abandono.

De esos 24 casos de abandono, 15 pertenecen a casos de adultos y 9 de niños (ver cuadros I y II).

**CUADRO I.- Motivos de abandono en casos tratados en el Servicio de Psicología de la Universidad de Málaga**

CASOS DE ADULTOS= 15	CASOS DE NIÑOS= 9
El motivo de consulta ya no preocupa	Falta de colaboración de adultos 3*
Consejo de otro profesional de corriente teórica distinta.	
Cambio de ciudad	Cambio de ciudad
Desmotivación por la terapia *	Negación de los padres a tratar a través de ellos.
Incumplimiento de instrucciones *	Incumplimiento de instrucciones *
Relativizar el problema *	Relativizar el problema *
Tardanza en conseguir objetivos *	Se desconoce
Negación a tocar algunos temas *	Cambio a otro profesional amigo
Falta de rapport con terapeuta	
Cambio de ciudad del terapeuta	

\* = Los dos últimos motivos son específicos de los casos infantiles

**CUADRO II .- Motivos de abandono en el Servicio de Psicología que se refieren directamente a la terapia y en los que se supone que el terapeuta debía de haber controlado algunas variables**

1. Desmotivación por el tratamiento
2. Incumplimiento de las instrucciones
3. Relativizar la importancia del problema
4. Excesivas sesiones para conseguir los objetivos propuestos según el paciente.
5. Negación del paciente a entrar en algunos temas
6. Negación de los padres a tratar al hijo a través de ellos \*
7. Falta de colaboración de los adultos \*

\* = Los dos últimos motivos son específicos de los casos infantiles

Como se puede ver en el Cuadro I, hemos obtenido un total de 13 motivos de abandonos entre adultos e infantil. Estos motivos son varios. Unos ajenos a la terapia (cambio de ciudad del terapeuta, o del paciente; consejo de otro profesional para que cambien a otro tipo de terapia; deseo de ser tratado por un terapeuta amigo). Otros, relacionados con la terapia (el motivo de consulta ya no preocupa a las personas que han pedido la ayuda terapéutica; falta de colaboración de adultos en el tratamiento de los niños; desmotivación por la terapia; los padres se niegan a tratar al niño a través de ellos, consideran que el problema es del niño y es a él al que hay que tratar directamente; incumplimiento de las instrucciones terapéuticas; relativizar el problema por parte del propio paciente, en el caso de adultos, o de los padres, en el caso de niños; los objetivos terapéuticos se consiguen muy lentamente y el paciente se cansa de la terapia; el paciente, o los padres de los niños se niegan a hablar de algunos temas; falta de rapport con el terapeuta). Y, finalmente, una serie de motivos desconocidos por el terapeuta. En este último grupo se han dado

casos en los que el abandono ha sido rápido, esto es, se ha producido en las primeras sesiones de la terapia sin dar ocasión al terapeuta a intervenir de alguna manera para evitar tal abandono, posiblemente por falta de coincidencia entre las expectativas del sujeto y lo que encuentra o se le ofrece al acudir a terapia.

El bloque que nos interesa, por supuesto, es el referido a motivos relacionados con la terapia, puesto que es donde se puede plantear algún tipo de actuación para solventarlos. Por ejemplo, si el paciente no cumple las instrucciones ¿puede hacer algo el terapeuta?, ¿y si el sujeto está desmotivado?. De otro orden, ¿se puede evitar, o solucionar si ocurre, la lentitud en conseguir los objetivos terapéuticos?, ¿el terapeuta tiene medios o recursos terapéuticos para implicar a los padres en el tratamiento de los niños?.

Es decir, los motivos de abandono que hemos encontrado (y que seguramente no son todos los que se dan en los abandonos terapéuticos en general) referidos a la terapia, surgen unas veces por iniciativa del propio paciente y el terapeuta tienen que poder preverlos para intervenir en el momento en que amenazan con aparecer, o se dan provocados por la propia evolución del tratamiento.

En el Cuadro II se presentan los motivos que se dan tanto en adultos como en niños y no son ajenos a la terapia. Se puede observar que las dos únicas coincidencias entre los casos de adultos y de niños son los motivos 2 y 3 (incumplimiento de las instrucciones y relativizar la importancia del problema). Por otra parte, hay dos motivos propios de los casos infantiles: negación de los padres a realizar el tratamiento a través de ellos y falta de colaboración. Hemos de señalar que en los casos infantiles los motivos los presentan los padres y no los niños, ya que suele trabajar con aquellos dejando a éstos, siempre que es posible, ajenos a la intervención. Sin embargo, no se dan algunos que, por el contrario, si aparecen en los casos de adultos, como son, por ejemplo, negación a tratar algunos temas o excesiva lentitud para conseguir los objetivos terapéuticos. ¿Por qué?.

Sería insensato por nuestra parte exponer las causas de estas diferencias de manera contundente. Somos conscientes de que estos datos son meramente ilustrativos y, a lo mejor, otros terapeutas e investigadores aportarían casos en los que dichos motivos se han dado también en tratamiento de niños. De todas formas, es cierto que en el total de casos tratados en el Servicio de Psicología, los objetivos terapéuticos suelen conseguirse con mayor rapidez en niños que en adultos, por lo que no nos parece extraño que la dura-

ción del tiempo de tratamiento, o lo que es lo mismo, la lentitud en conseguir los objetivos planteados, no se de como motivo de abandono en los casos infantiles. No podemos adentrarnos en este punto porque sería objeto de otro trabajo. Sin embargo, adelantamos que las alteraciones tratadas en una parte y en otra (adultos y niños) no coinciden la mayor parte de las veces, por lo que se puede pensar (de nuestros datos al menos) que ante las mismas alteraciones, los tratamientos son más cortos en niños.

Por lo que se refiere a la negación a entrar en algunos temas que el terapeuta considera importantes para el tratamiento, también tenemos alguna justificación que apuntar al menos, ya que, como hemos dicho anteriormente, no nos es posible sacar conclusiones todavía. Pensamos que, muchas veces, se puede tratar a los niños sin entrar en temas escabrosos o muy privados de los padres.

En lo que se refiere a las mejorías, de acuerdo a nuestro planteamiento sobre qué se entiende por abandono, podríamos también incluir algunos de los casos cuyos resultados han sido calificados de "mejoría" como un tipo determinado de abandono, puesto que el tratamiento no se ha concluido totalmente de acuerdo a los criterios del terapeuta. Podemos pues comentar también el Cuadro III: qué motivos explican la no continuación del tratamiento.

**CUADRO III.- Motivos por los que los tratamientos no se han concluido totalmente y se han clasificado como mejoría. Total de casos 11, en adultos 3 y en niños 8. (Servicio de Psicología)**

- No se quiere eliminar totalmente la queja planteada
- Considerar finalizada la terapia por haber conseguido, a juicio del paciente, los objetivos de su demanda, aunque el terapeuta considera que quedan algunas conductas por tratar.

De un total de 95 casos (52 adultos y 43 de infantil), 11 se han clasificado como "mejoría". De los 11 casos de mejoría, 3 son de adultos y 8 son de niños. En su conjunto se encuentran aquellos casos en los que no se han conseguido todo los objetivos considerados como necesarios por el tera-

peuta, o aquellos otros en los que quedan algunas conductas por solucionar pero en líneas generales el tratamiento ha sido considerado como éxito por parte del paciente y del terapeuta.

En los casos infantiles (B) se puede decir que los motivos son similares a los de adultos: uno, no querer eliminar totalmente el problema, y el otro, los resultados los consideran ya satisfactorios.

En este último motivo, considerar los objetivos cumplidos aunque el terapeuta opina que hay todavía conductas por tratar, se dan los dos tipos de mejoría. La que, desde nuestro punto de vista, es sinónimo de abandono o fracaso por no ser satisfactorio el resultado, y la mejoría que hay que considerarla como tal porque, si bien el terapeuta hubiera seguido el tratamiento, los objetivos conseguidos han sido tan positivos que los puntos que quedan son poco relevantes.

Respecto al primer motivo, no querer seguir solucionando el/los problemas, hemos de matizar que, en los casos que se ha dado, el tratamiento estaba muy avanzado y, como en el caso anterior, lo que queda por tratar no desdice los objetivos conseguidos. Sin embargo, a nuestro juicio, excepto que el terapeuta esté de acuerdo, creemos que, quede poco o mucho por tratar, se debería continuar el tratamiento hasta finalizarlo. Por lo tanto, se precisa de medios terapéuticos, habilidades o estrategias de intervención que puedan llevar a fin las metas del terapeuta.

En definitiva, estos motivos, que son meramente ilustrativos puesto que, como ya hemos comentado, posiblemente puedan contemplarse otros tan importantes como los aquí expuestos, nos indican que los abandonos se dan en diferentes momentos de la intervención terapéutica. Además, dependiendo del número de sesiones realizadas y de objetivos conseguidos, y dependiendo de los propios criterios del terapeuta, se habla de abandono o de mejoría, aunque los motivos en ambos sean similares, o al menos contradicen la opinión del terapeuta de manera semejante.

Los motivos tales como incumplimiento de las instrucciones, relativizar la importancia del problema, negación del paciente a entrar en algunos temas, negación de los padres a tratar al hijo a través de ellos, se dan fundamentalmente en el proceso de evaluación. Esto es, generalmente antes de que el terapeuta pueda intervenir para conseguir algún objetivo terapéutico y, por lo tanto, los resultados son nulos.

El motivo "excesivas sesiones para conseguir los objetivos propuestos según el paciente", es evidente que ocurre en el transcurso de la fase de

tratamiento. Y el incluirlo el terapeuta en la categoría de abandono o de mejoría depende de varios aspectos: a) si el paciente ha interrumpido la terapia repentinamente sin dar ninguna explicación, no importa lo que se haya conseguido; b) si el paciente plantea acabar el tratamiento y los objetivos conseguidos son importantes, c) si realmente la finalización de la terapia solo deja algunos puntos poco relevantes por tratar, a juicio del terapeuta.

Posiblemente, los aspectos b) y c) son unánimemente considerados como mejoría. El apartado a) está más supeditado a los propios criterios de cada terapeuta, puesto que se puede guiar por los objetivos conseguidos o por la reacción del paciente.

No obstante, como ya hemos dicho repetidamente en este trabajo, se hable de abandono o de mejoría, lo cierto es que se ha interrumpido de alguna manera el tratamiento y el terapeuta no ha sabido impedirlo o prevenirlo. ¿Por qué?. Las respuestas pueden ser varias:

1.- El terapeuta no ha detectado a tiempo estos inconvenientes, por lo que no ha podido intervenir en ellos con eficacia.

2.- El terapeuta ha detectado a tiempo estos inconvenientes, pero no los consideró prioritarios.

3.- El terapeuta intervino en su momento, pero no con las técnicas adecuadas.

En todos los casos de mejoría se ha dado una discrepancia entre paciente y terapeuta a la hora de conseguir los objetivos establecidos. Esto se debe quizá a :

1.- No se han especificado suficientemente todos los objetivos a conseguir en el tratamiento.

2.- Los objetivos que quedan requieren un esfuerzo mayor que los inconvenientes que supone el no conseguirlos.

Quizá la pregunta que surge aquí es: ¿por qué no se ha actuado adecuadamente?. Está claro que estas posibles respuestas engloban déficits en cuatro direcciones: terapeuta, paciente, evaluación, técnicas terapéuticas. Caminos que se han apuntado ya en este trabajo y que dan lugar a una serie de motivos de abandono. Motivos que pueden producir efectos negativos en el paciente, como ya señalan algunos autores (Hadley y Strupp, 1976; Imber, Pilkonis y Glanz, 1983; Lambert y Bergin, 1983). Veamos estos déficits.

a) El terapeuta no ha actuado porque sus habilidades terapéuticas son deficitarias, su entrenamiento es escaso, no sabe crear un clima de confianza y comunicación con el paciente.

b) El paciente puede estar rodeado de ciertos factores externos que hacen casi imposible cualquier tipo de intervención.

c) El terapeuta realiza una evaluación deficiente, incompleta o incorrecta.

d) Las técnicas disponibles presentan algunas deficiencias. También puede darse una mala aplicación por parte del terapeuta de las técnicas de las que dispone.

Estos cuatro bloques que pueden explicar los abandonos son los mismos de los que se parte para investigar sobre los posibles efectos negativos de las psicoterapias (Hadley y Strupp, 1976). Así pues, es bastante probable que en algunos casos al menos abandono sea sinónimo de efecto negativo, o más bien, que algún tipo de abandono produzca efectos negativos en el paciente.

Veamos cada uno de estos puntos con un poco más de detenimiento, sin entrar en el apartado b) ya que, insistimos, nos interesan los motivos de abandono sobre los que se pueda actuar de alguna forma que permita reducir los abandonos.

### **2.1. El terapeuta no posee las habilidades necesarias**

Las investigaciones sobre el papel de las habilidades del terapeuta en el éxito de las terapias son algo confusas (Gavino, 1991). De hecho, en algunos casos, terapeutas inexpertos han obtenido mejores resultados que terapeutas con experiencia. Es posible, no obstante, que las habilidades terapéuticas no estuvieran equiparadas respecto al grado de experiencia profesional.

Lo bien cierto, sin embargo, es que durante el proceso de la terapia se dan múltiples situaciones espontáneas en las que el terapeuta tiene que intervenir con rapidez y acertadamente, ya que pueden influir en la continuidad del tratamiento. Así, todo terapeuta con más o menos experiencia se ha encontrado con situaciones tales como el paciente se eche a llorar, estando o sin estar ello relacionado con algo propio de ese momento de la terapia, o que el paciente haga preguntas sobre la vida del terapeuta, o le pida opinión sobre temas sociales actuales, etc.

De hecho, recordemos, uno de los motivos de abandono en el Servicio de Psicología ha sido la negación a entrar en algunos temas por parte del paciente.

Posiblemente, soluciones generales no existan. Es diferentes que ocurran en las primeras sesiones cuando no se conoce casi nada del paciente, que

aparezcan cuando la información es bastante exhaustiva o se esté interviniendo ya sobre algún objetivo terapéutico.

Quizá solo en las primeras sesiones se pueden plantear distintos recursos terapéuticos generales, esto es, de aplicación a una gran variedad de paciente, ya que la falta de información sobre éstos no nos permite actuar con estrategias que tengan en cuenta aspectos personales, ambientales o de otro tipo del paciente. Aún así, sólo con estrategias para las primeras sesiones ya se conseguirían evitar bastantes abandonos. Como hemos dicho más arriba, parte de los abandonos del Servicio de Psicología que no se sabe a qué han sido debidos, se han dado en las primeras sesiones. ¿Han influido estas variables?. ¿Se han dado situaciones de este tipo en las que el terapeuta no ha actuado con la estrategia adecuada?. De ser así, ¿se podrían confeccionar listas de estrategias terapéuticas para abordar esas situaciones comunes en las terapias?.

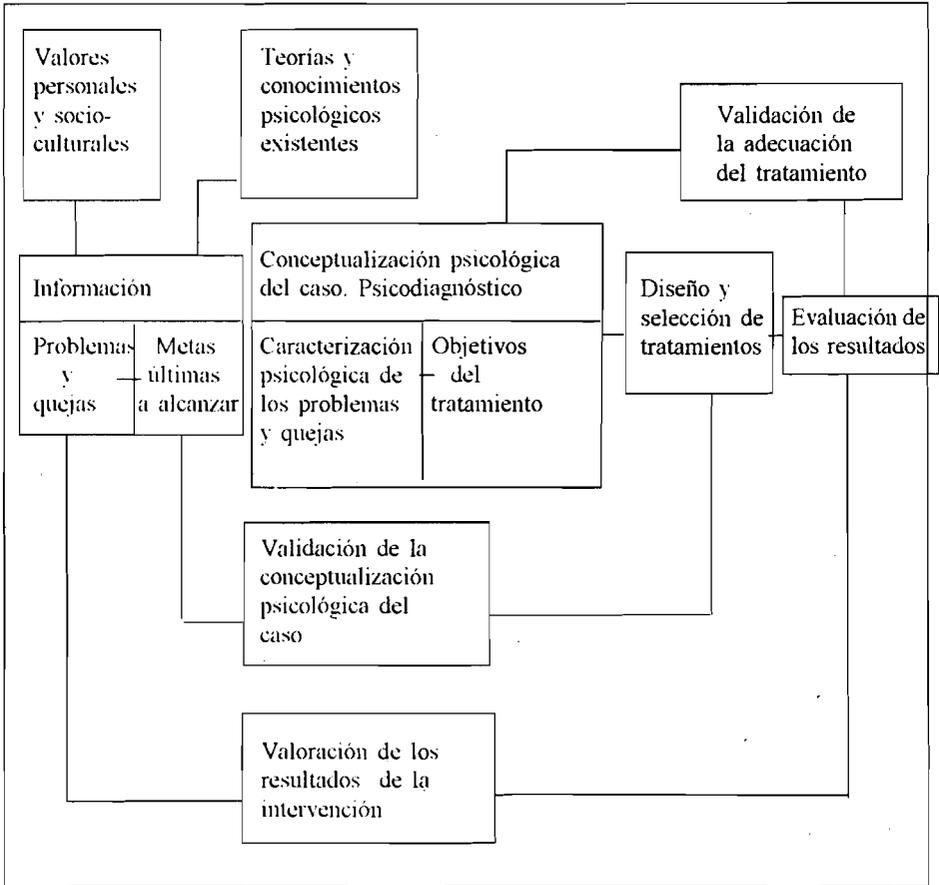
De momento, estas preguntas no se pueden contestar, ya que en la mayoría de las ocasiones el terapeuta no ha relacionado el abandono con la situación particular, entre otras cosas porque puede darse aquél en sesiones posteriores.

## **2.2. El terapeuta realiza una evaluación deficiente, incompleta o incorrecta**

Otros posibles factores que pueden contribuir al abandono de la intervención clínica están relacionados con la evaluación realizada previamente al tratamiento. A continuación, pues, vamos a proceder a exponer brevemente cómo concebimos el proceso de evaluación clínica para ir señalando qué factores de abandono cabe esperar que resulten más frecuentes en cada una de las fases que proponemos.

Tal como se ha indicado en otro lugar (Godoy y Silva, 1990), el proceso de evaluación clínica puede dividirse en varias fases o pasos a lo largo de los cuales se llega a establecer un diagnóstico y se recaba la información necesariamente para proceder a diseñar las estrategias de tratamiento consideradas oportunas. Como puede verse en la Figura A, la evaluación comienza cuando el paciente, o el remitente (como ocurre en los casos infantiles), acude a consulta planteando determinados problemas y quejas que pretende que desaparezcan de su vida, así como ciertas metas o fines que le gustaría poscer o alcanzar.

**FIGURA 1.- Fases del proceso de intervención clínica**



Esta información no coincide con el motivo de consulta, que suele ser mucho más breve, aunque lo incluye. En esta primera fase de recolección de información del cliente es necesario aclarar perfectamente cuáles son las quejas y demandas que el paciente se hace sobre si mismo y sobre su entorno, así como las que el entorno realiza al paciente. Igualmente es necesario evaluar los valores, costumbres y comportamientos considerados "normales" por el paciente y su entorno, ya que dichos valores influyen en que determinados comportamientos sean o no percibidos como "normales" o proble-

máticos, como graves o ligeros, como de urgente necesidad de cambio o como simples extravagancias o molestias que perfectamente pueden soportarse.

Si con la intervención clínica pretendemos llevar al paciente del estado actual (en el que se presentan las quejas y las demandas) a un estado futuro en el que dichas quejas y demandas no se den, es necesario aclarar y describir perfectamente tanto el estado actual como dicho estado futuro. Pero no es posible describir con precisión y de forma completa qué estado pretende alcanzar el sujeto, o su entorno social, si no atendemos a los valores y creencias que dicho sujetos mantienen o que imperan en dicho entorno cultural.

Los dos principales problemas que suelen darse en esta fase del proceso diagnóstico son la incompletud y la indefición o poca claridad en la descripción del estado actual y del estado futuro que se desea alcanzar. De hecho, con frecuencia, la descripción del estado futuro queda reducida a la no presentación de los problemas actuales. Qué comportamientos, o qué factores del entorno, deberán sustituir a los actualmente problemáticos usualmente quedan sin especificar y definir con claridad. En este sentido, con frecuencia se olvida que el psicólogo clínico no elimina conductas (aunque si debería eliminar problemas), sino que sustituye unas conductas por otras que resulten menos problemáticas o más adaptativas para el sujeto y para su medio.

Como más adelante señalaremos, son la incompletud de la información recogida y su poca claridad o estructuración, junto con una deficiente evaluación de los valores y creencias del sujeto y de su medio, los que pueden contribuir a que se produzcan abandonos, bien durante esta misma fase, bien en fases posteriores.

Una vez terminada la fase anterior, el psicólogo clínico se enfrenta con la tarea de traducir la información recogida a términos psicológicos, esto es, en los términos de alguna teoría o hipótesis psicológica de trabajo que le permita comprender y enfrentarse a la situación.

Los dos principales objetivos que se exigen a este respecto de las teorías o conocimientos psicológicos son (a) que permitan representar toda aquella información previamente recogida y que resulte relevante para el sujeto y para su medio, y (b) que igualmente permitan derivar procedimientos factibles para pasar del estado presente problemático al estado futuro deseado. La mejor teoría, o los mejores conocimientos, serán, por tanto, los que permitan conceptualizar psicológicamente ambos estados, presente y futuro, y señalen cómo puede pasarse de uno a otro.

De esta forma, la segunda fase o paso general del proceso psicodiagnóstico consiste en la elección de los conocimientos necesarios que permitan derivar hipótesis acerca de cómo pueden conceptualizarse a nivel psicológico los comportamientos y demandas ambientales evaluadas en la primera fase, y en la valoración de las herramientas conceptuales que ofrecen dichos conocimientos para derivar procedimientos empíricos (tratamientos) para pasar del estado actual al estado futuro.

Los dos problemas más importantes, pues, que pueden plantearse en esta fase de la evaluación son el no disponer de una teoría o un conjunto de conocimientos que representen bien los datos a los efectos que se persiguen (de transformación o modificación del comportamiento y del entorno), y el elegir una teoría que o no traduzca bien los datos, o los traduzca bien, pero no se preste a derivar estrategias empíricas de actuación o tratamiento.

Con respecto a los abandonos en esta segunda fase, puede esperarse que vengán fundamentalmente producidos por la incompletud de la conceptualización realizada, porque dicha conceptualización es discordante con las creencias y valores del sujeto, porque los objetivos concretos propuestos para alcanzar las metas últimas del tratamiento resultan ser poco convincentes para el sujeto, o porque las explicaciones teóricas que se le proponen son incomprensibles, poco plausibles o inaceptables para su forma de pensar.

Así, si se le dan explicaciones en términos de aprendizaje animal, o de modelos mecánicos de procesamiento de la información, o en términos de motivos inconscientes que el sujeto ni acepta ni está dispuesto a aceptar, o se le propone que reconozca cosas que no está dispuesto a reconocer, o cuyo reconocimiento supondría un costo mayor que el requerido por el estado problemático actual, etc., es probable que el sujeto piense que la terapia (o al menos la terapia que se le propone) no es adecuada para él, o que el terapeuta se ha hecho una mala representación de su situación, o que el terapeuta se ha hecho una mala representación de su situación, o simplemente que no desca llegar a las profundidades que se le proponen y que quizá entrar en ese terreno no es seguro que le solucione los problemas presentes, aunque si es astante probable que le cree otros nuevos o le requiera esfuerzos adicionales.

En la tercera fase del proceso diagnóstico que aparece en la Figura A (Diseño y selección de tratamientos) se eligen o diseñan las estrategias o técnicas terapéuticas destinadas a hacer desaparecer los problemas y quejas sobre el estado actual y a conseguir los comportamientos y situaciones del

entorno que constituyen el estado futuro deseado, tal como dichos estados han quedado conceptualizados en la fase anterior. De igual forma se diseña el orden temporal de la aplicación de las diversas técnicas y procedimientos de cara a conseguir la totalidad de los objetivos concretos prefijados.

Los principales problemas que suelen darse en esta fase de la evaluación clínica es que la teoría o hipótesis de trabajo elegida no se adecúe a ser operacionalizada en términos de procedimientos de tratamiento concretos, al menos en el caso presente, o que se preste a diseñar una orden de intervención coherente con los valores y necesidades del sujeto o de su entorno.

De la misma forma que se ha visto en el paso o fase anterior que pueden existir razones o valores que impiden que un determinado sujeto acepte ciertas explicaciones de sus problemas o ciertos objetivos concretos a conseguir, es igualmente posible que determinadas formas o técnicas de tratamiento le parezcan inaceptables, bien porque moralmente así se lo parecen, porque duda de su probable éxito, porque le van a requerir más esfuerzo que beneficio espera conseguir, o bien porque las considera poco "realistas" e inaplicables a su caso concreto.

Así también, si el sujeto piensa que el orden temporal que se establece para conseguir cada uno de los objetivos planteados responde mal a las prioridades que él cree más importantes, es probable que oponga resistencia a dicho establecimiento de prioridades de tratamiento, o incluso, si ve que lo más importante se alarga en el tiempo, termine por abandonar.

No obstante lo expresado en el párrafo anterior, dada la falta de investigación empírica a este respecto (Godoy, 1991), también resulta posible pensar lo contrario. Si el orden temporal que se le propone permite al sujeto alcanzar rápidamente lo que le resultan prioridades más importantes, más molestas o más urgentes, cabe la posibilidad de que, conseguidas éstas, nos encontramos con desmotivación por la terapia o con propuestas de abandono para dedicarse a otras necesidades más importantes o más urgentes en su vida diaria.

Por último, la cuarta fase del proceso consiste en evaluar el grado en que se han alcanzado los objetivos del tratamiento, tal como se habían fijado en la fase de conceptualización del caso o fase propiamente diagnóstica. Cuando la intervención terapéutica ha de hacerse sobre varios objetivos, esta evaluación puede repetirse en momentos distintos. Así, antes de comenzar con la intervención de un nuevo objetivo, o al menos antes de terminar completamente con la terapia, suele hacerse algún tipo de evaluación de los resultados alcanzados con el objetivo previamente tratado.

Si en la fase de diseño y selección de estrategias de tratamiento se procedía a convertir las estrategias de cambio en procedimientos de actuación y tratamiento concretos, esto es, a operacionalizar como procedimientos de actuación las estrategias de cambio, en esta fase se procede a operacionalizar en términos de observaciones dichos objetivos del tratamiento. Esto es, se procede a evaluar, mediante mediciones u observaciones concretas, el grado en que se han alcanzado los objetivos del tratamiento.

Al igual que en la fase anterior, el principal problema técnico que suele aparecer aquí es el de que los conceptos utilizados no se presten bien a ser operacionalizados en procedimientos de evaluación u observación, o que, prestándose, no se los evalúe de forma correcta.

De cara al abandono del proceso de intervención clínica, la evaluación de los resultados resulta ser igualmente importante.

En primer lugar, porque las evaluaciones u observaciones concretas realizadas deben ser relevantes y representativas de los objetivos terapéuticos previamente planteados y de los problemas y demandas que presenta el sujeto y su entorno. En segundo lugar, porque dichas evaluaciones deben ser creíbles y aceptables como relevantes y representativas para el sujeto.

Así, si el sujeto piensa que no se han evaluado bien los resultados conseguidos, o que lo evaluado responde a los objetivos terapéuticos concretos planteados (las conductas y factores ambientales que han sido blanco del tratamiento), pero no a los problemas y demandas por los que acudió a consulta, es poco probable que acepte la posterior valoración que se realice de los resultados de la intervención, sintiendo que el terapeuta no comprende bien "su problema" y que carece de interés continuar en terapia (con independencia de las razones concretas que de hecho alegue para abandonar la relación terapéutica).

En la Figura A aparecen también tres fases destinadas a controlar la calidad del proceso de intervención psicológica.

En la primera de ellas, la validación de la conceptualización del caso o validación "a priori" del diagnóstico clínico realizado, se pretende asegurar que dicho diagnóstico, dada la información previamente recogida y los conocimientos actualmente existentes, es el más apropiado y racionalmente sostenible. Con frecuencia suele aducirse que los resultados del tratamiento validan o invalidan tanto la evaluación como el propio tratamiento. No obstante, parece conveniente, antes de comenzar a aplicar los procedimientos o técnicas diseñadas o seleccionadas, tomar algún tipo de precauciones

que permitan obtener seguridad de que lo más probable es que el tratamiento será efectivo (Carey et al., 1984; Silva, 1988; Turkat y Meyer, 1982; Vizcarro, 1987).

La finalidad de esta fase es, pues, someter a prueba la bondad del diagnóstico o formulación del caso y de las posibilidades de derivación de estrategias para cambiar el comportamiento y los factores ambientales relevantes (para información sobre cómo llevar a cabo esta fase, vid., Godoy y Silva, 1990).

En la segunda fase de validación reflejada en la Figura A, la validación de la adecuación del tratamiento, se somete a prueba la medida en que los resultados obtenidos, tal como se han evaluado, coinciden con los resultados que se habían fijado como objetivos al realizar la conceptualización del caso. Obviamente, si en la conceptualización del caso únicamente se habían tenido en cuenta, como suele ser relativamente usual, los problemas actuales del paciente y de su entorno y no la descripción del estado futuro a alcanzar, la validación de la adecuación del tratamiento tenderá a reflejar únicamente si dichos problemas han desaparecido, pero no si han aparecido otros problemas o, en cualquier caso, cómo las otras conductas y factores ambientales, que han pasado a sustituir a los previamente existentes, cuadran o descuadran con el entorno natural del sujeto.

Aún cuando fuera cierto que los resultados de la intervención clínica validan tanto la evaluación como el propio tratamiento, si el paciente no tiene expectativas de que la conceptualización propuesta y los medios diseñados o elegidos van a producir un éxito de cierta importancia, es poco probable que se sienta motivado a continuar adelante y a proseguir en terapia. Para ello, el paciente debe tener alguna expectativa de éxito y creer que su situación es cambiante mediante los procedimientos propuestos. En caso contrario, el sujeto probablemente abandonará y, por tanto, ni se producirá tratamiento ni se validará nada.

Por otra parte, si el sujeto ve que, en sentido estricto, efectivamente se han conseguido los objetivos concretos planteados, pero que al mismo tiempo su vida se ha problematizado más de los que estaba, que le han surgido nuevos problemas o que se está comportando de una forma moralmente o, de acuerdo con los valores del grupo al que pertenece, poco aceptable (por ejemplo, que ahora se comporta de forma más hipócrita, más maquiavélica, o menos "buena" en algún sentido), es también probable que, a pesar de los aparentes beneficios conseguidos, abandone la situación de terapia, o se muestre

poco dispuesto a seguir con la misma si es que ello conlleva comportarse de una forma que no acepta.

Cuando, como parece ser frecuente que ocurre, el terapeuta olvida evaluar los valores que el sujeto mantiene y que imperan en el medio social en que vive, y da por supuesto que éste comparte sus propios valores y creencias, algunos abandonos y algunas desmotivaciones o resistencias pueden parecer inexplicables.

Cuando, por el contrario, dichos valores reciben la importancia que se merecen y se evalúan de forma adecuada, posiblemente no sólo se pueden prever y evitar ciertos tipos de abandonos, sino que también se pueden diseñar mejores estrategias conducentes a que los resultados del tratamiento se mantengan (lo que podría considerarse como evitación de "abandonos" que se producen después de que la relación terapéutica finalice).

Por último, proponemos una fase final del proceso diagnóstico, la de valoración de los resultados de la intervención, en la que se compara si los resultados obtenidos reflejan la desaparición de las quejas y la consecución de las demandas que en un principio el sujeto y su entorno planteaban. Esto es, si el sujeto y su entorno se encuentran, tras la intervención, en lo que previamente se ha denominado "estado futuro deseado".

Aunque con alguna frecuencia no suele diferenciarse entre la validación de la adecuación del tratamiento y la valoración de los resultados de la intervención psicológica, dicha diferencia existe, y los juicios que se emitan en torno a una y otra pueden diferir entre sí.

Una cosa es comparar los resultados que se han obtenido con el diagnóstico o conceptualización realizada, y otra muy distinta compararlos con las quejas y demandas que presentaba el sujeto al acudir a consulta. Si el diagnóstico fue acertado y completo, ambos juicios podrán coincidir. Sin embargo, si el diagnóstico no fue acertado, o no fue completo, podrá concluirse, en la validación de la adecuación del tratamiento, que los resultados son los que cabe esperar de dicho tratamiento (supuesto que éste fue bien aplicado) y, en la valoración de los resultados, que, aún habiendo sido el tratamiento efectivo, no ha resuelto las quejas ni conseguido las demandas planteadas al principio.

Como puede apreciarse en la Figura A, la validación de la adecuación del tratamiento es un juicio técnico acerca de la adecuación diagnóstico-tratamiento, en la que se da por correcto el psicodiagnóstico realizado. La valoración de los resultados de la intervención, por su parte, es un juicio

social, acerca de la relevancia personal y social de lo conseguido, y sobre ella influyen los valores y creencias de quien emite dicho juicio.

Así pues, en tanto que en la validación de la adecuación del tratamiento se emiten juicios acerca de la propiedad y corrección lógico-teórica entre el diagnóstico y el tratamiento, en la valoración de los resultados se emiten juicios de valor acerca de su relevancia práctica y social, hayan sido o no técnicamente correctos.

En esta última fase, pues, se pretenden responder, al menos, las siguientes preguntas:

(a) ¿Se han tenido en cuenta todas las quejas y demandas planteadas por el sujeto y su entorno?. ¿Se han clarificado suficientemente?, ¿Se han visto quejas y demandas a la luz de los valores y creencias imperantes en el sujeto y en el grupo social al que pertenece?.

(b) La conceptualización psicológica de las quejas y demandas, tal como se ha realizado y operacionalizado, ¿ha logrado responder a todos y cada uno de los problemas y las metas últimas?. Dicha conceptualización, ¿ha resultado ser acorde con la forma de pensar del sujeto y de su medio?.

(c) ¿En qué medida las técnicas o estrategias de intervención utilizadas, tal como se han aplicado, han resultado de utilidad para alcanzar, al nivel exigido, la consecución del estado que se deseaba conseguir?.

Como fácilmente puede extraerse de las consideraciones anteriores, el estudio de las distintas fases del proceso diagnóstico contribuye a la comprensión y previsión de los errores que pueden terminar en el abandono del proceso de intervención psicológica.

Así, lo que hemos denominado incompletud y falta de claridad de las quejas y demandas, con frecuencia llevará a que el sujeto sienta que el terapeuta ha comprendido poco o mal su situación, de tal forma que termina por pensar que la continuación con el proceso resultará de poca utilidad para él.

De la misma forma, si el sujeto piensa que el diagnóstico o conceptualización que se hace de su situación es incorrecto, que no se corresponde del todo con lo que cree que le pasa, o que algunos de los objetivos concretos propuestos como objetivos meta de procedimientos de tratamiento, o estos mismos procedimientos, son inaceptables de acuerdo a sus valores y creencias, o resultan ser poco realistas y aplicables a su caso particular, es probable que tienda a abandonar el proceso.

Este tipo de abandono, pues, es esperable que se produzca si el sujeto cree, no tanto que el diagnóstico propuesto es incomprensible, sino que dicho

diagnóstico guarda poca relación con "su problema", o que conduce a remedios inadmisibles desde su escala de valores, o inaplicables e inefectivos en su situación concreta.

Es más, aún cuando el propio sujeto espontáneamente no se haga planteamiento alguno acerca de la adecuación o discordancia entre los objetivos y actuaciones propuestos en la terapia, si tales objetivos y actuaciones se enfrentan a los valores del medio social natural en el que el sujeto vive o son ridiculizados o mal vistos en dicho medio, cabe esperar que, o bien se abandonará la terapia en algún momento, o bien los resultados que logre conseguir el tratamiento serán poco perdurables en ese medio.

También en relación con los valores pueden realizarse otras predicciones. Si se confunde lo que es la validación lógico-teórica de la adecuación de las técnicas de tratamiento empleadas con la valoración práctica y social del resultado de la aplicación de dichas técnicas y actuaciones, o bien si los valores aplicados por el terapeuta no coinciden con los del sujeto y su entorno, corremos peligro de abandono, ya que el sujeto percibirá que lo que resulta ser éxito (técnico) para el terapeuta, es algo inadecuado o prácticamente irrelevante para su vida diaria.

Por esto mismo, podría decirse que los denominados casos de "desmotivación por la terapia", "falta de colaboración del paciente", "relativización del problema" y otros, podrían considerarse más bien casos en los que el terapeuta comete errores o deficiencias al evaluar los valores del cliente, o cuánto valen para éste los objetivos concretos que el terapeuta le informa se van a conseguir en relación con el esfuerzo y los problemas que el sujeto prevé que la consecución de dichos objetivos le va a acarrear.

### **2.3. Las técnicas terapéuticas presentan deficiencia. Las técnicas se aplican mal**

Hemos visto que una de las causas de abandono en el Servicio de Psicología ha sido la lentitud en conseguir los objetivos terapéuticos. Ello puede deberse al error del terapeuta a la hora de seleccionar las técnicas adecuadas, a la falta de habilidad o de conocimientos de aquél cuando las aplica, o, también, a déficits de las propias técnicas que se deben, no tanto al terapeuta en particular que las usa, sino a la falta de información que se tiene todavía sobre ellas.

Cuando se ha llevado a cabo la evaluación y se conoce qué objetivos hay que conseguir, se pasa a la selección de las técnicas terapéuticas más adecuadas para dichos objetivos. A partir de aquí pueden surgir problemas que lleven al fracaso del tratamiento. Problemas que provienen de dos fuentes. Por una parte, de las deficiencias que presentan las técnicas. Por otra parte, de su mal uso.

En trabajos anteriores hemos insistido en la necesidad de definir claramente los objetivos de las técnicas terapéuticas que se utilizan para resolver los casos clínicos, así como especificar los pasos que hay que seguir para que el mismo terapeuta las aplique siempre igual y los distintos terapeutas no presenten diferencias unos de otros cuando utilicen la misma técnica (Gavino, 1988, 1991, 1992; Gavino y Godoy, 1986).

Posiblemente sean estas deficiencias parte de las causas por las que se dan fracasos cuando se encuentra el tratamiento en la fase de intervención propiamente.

Pensamos que mientras no se clarifique el uso particular de cada técnica, de qué depende el que se utilice una u otra cuando se pretenden conseguir los mismos objetivos, qué pasos requiere cada una y qué características particulares presenta, difícilmente se conseguirán erradicar algunos de los abandonos en aquellos casos en los que se ha llegado a esta fase del tratamiento.

Por otra parte, es necesario conocer no sólo para qué objetivos se han creado, sino también ante qué factores no son adecuadas, (por ejemplo, aunque no se ha demostrado de forma concluyente, parece que en el tratamiento de fobias y obsesiones, la técnica de inundación no funciona cuando los pacientes están deprimidos. Marks, 1981), ante qué problemas, a pesar de entrar en el marco de los objetivos de la técnica, no es posible su aplicación (por ejemplo, la técnica de inundación no es la más aconsejable en el tratamiento del miedo a conducir por el riesgo que conlleva su aplicación), cuánto tiempo requieren normalmente y, por tanto, contemplar esta variable en el caso particular que se está tratando (por ejemplo, ante un problema fóbico es posible que la desensibilización sistemática sea muy adecuada pero el tema de dicho problema requiera una intervención más rápida que esta técnica por múltiples motivos, pongamos por caso la posibilidad de un trabajo).

Colateralmente a estos factores que hemos citado, y consideramos que son los más importantes, se encuentran otros que afectan en alguna medida a la eficacia de las técnicas (vid Segura, 1985), por ejemplo los recursos del terapeuta a la hora de aplicarlas. Sin embargo, no vamos a entrar en ello por superar en sí mismo el objetivo de este trabajo.

### **3. ¿SE PODRÍA DETECTAR A LO LARGO DEL PROCESO TERAPEUTICO LA POSIBILIDAD DE ABANDONO?**

Por lo que hemos visto más arriba, si no se pueden eliminar totalmente los abandonos, si que parece factible poder reducirlos considerablemente. Hace falta, claro está, solucionar esos déficits de la evaluación y de las técnicas terapéuticas, así como entrenar a los terapeutas en habilidades específicas en este campo.

Para ello es preciso, por supuesto, investigaciones que den luz a los interrogantes que surgen en cada uno de los puntos aquí planteados. Investigaciones sobre todos los agentes que forman parte de la terapia y sobre el propio proceso terapéutico.

Es preciso primero, aunar todos los datos ya encontrados para saber qué se puede tener ya en claro y partir de ahí para resolver interrogantes todavía no aclarados. Algunos autores han hecho intentos serios en esta dirección (Greenberg, 1983; Lambert y Bergin, 1983, por ejemplo). Sin embargo, la confusión en los datos es bastante notoria, especialmente en el papel de algunos factores concretos de la terapia (Gavino, 1991). Otros, como los referidos específicamente a las técnicas, no han sido abordados todavía.

Por otra parte, creemos en la necesidad de investigar los tratamientos con efectos negativos, de abandono y de mejoría, tanto o más que aquéllos de éxito, puesto que nos interesa saber qué ha ocurrido y cómo solucionarlo. De lo contrario nunca habrá seguridad de que nuestra forma de actuar sea siempre la adecuada. Como dice Ritchie (1980).

“Por diversas razones históricas, la metodología de las ciencias de la conducta, en especial en el campo del aprendizaje, se ha encontrado gravada con el punto de vista basado en el sentido común que afirma que el objetivo de la investigación es descubrir evidencias que confirmen (es decir, que sean coherentes con) nuestra hipótesis. Así según este punto de vista, la investigación está dirigida a amontonar casos positivos, y se dedica poco interés a lo que puede aprenderse de los casos negativos”. (pág. 22).

Además, el intento de aclarar la información ya conseguida y la realización de investigaciones que aporten datos de interés significa establecer un plan de investigación ambiciosos que cubra distintos puntos como apuntan diversos autores.

Efectivamente, autores como Hadley y Strupp (1976) y Lambert y Bergin (1983) aportan un sistema de revisión, estos últimos, y de sugerencias para

seguir investigando, los primeros, que están en la línea de lo que hemos pretendido exponer aquí. En realidad, no es otra cosa que un intento de estructurar los datos ya existentes, y los futuros por conseguir, en bloques racionales dentro del proceso terapéutico. Bloques que abarcan tanto a las partes intervinientes en la terapia, paciente y terapeuta, como a las partes de la terapia, evaluación y tratamiento.

En definitiva, pretendemos conocer si influyen y en qué los aspectos demográficos del terapeuta y del paciente, su personalidad, su experiencia profesional y su estilo al conducir la terapia; saber aspectos de la evaluación que todavía son oscuros, así como de las propias técnicas terapéuticas; conocer el papel de las sesiones, esto es, si se podrían estructurar las sesiones de manera que tuvieran un sentido, además de temporal, terapéutico; también, plantearse la importancia de las tareas terapéuticas, tareas que a menudo constituyen el núcleo de muchos tratamientos, y sobre las que ya algunos autores han apuntado la necesidad de saber en todo momento qué tareas son adecuadas o no según la evolución del paciente (Goldstein y Kanfer, 1979, en castellano, 1981; Beck, 1979).

## A MODO DE RESUMEN

Así pues, las explicaciones de por qué se dan abandonos pueden ser muchas y de naturaleza variada.

Está claro que nuestro interés está referido exclusivamente a los motivos de abandono que tienen que ver con alguna variable del tratamiento y que, por tanto, se podrían controlar, de conocerlos, antes de que ocurriesen, evitando así posibles efectos negativos en el paciente.

Como ya hemos comentado más arriba, las variables que pueden explicar los abandonos son bastantes y posiblemente estén repartidas a lo largo del proceso terapéutico. Esto es, existen abandonos en las primeras sesiones terapéuticas, en distintos momentos de la evaluación, durante la aplicación de técnicas terapéuticas específicas para los objetivos terapéuticos que se han de trabajar, e incluso cuando ya, a juicio del terapeuta, se han conseguido importantes objetivos.

No obstante, es preciso estudiar este tema también desde una perspectiva global, ya que existen variables de interacción que están influyendo a lo largo de todas las sesiones terapéuticas. Nos referimos a variables del terapeuta,

variables del paciente y variables de relación terapéutica paciente/terapeuta.

Por todo ello, creemos que se debe abordar de una manera global el tema de los abandonos en terapia. Quizá una vía adecuada sea la que proponemos aquí. Por una parte, intentar ver hasta qué punto determinadas variables están favoreciendo el abandono, no importa en qué momento ocurra éste y, por otra parte, estudiar los posibles motivos de abandono en cada uno de los momentos del proceso terapéutico teniendo controladas las variables anteriores.

Esta división, aunque de carácter bastante académico, creemos que permite estudiar variables relevantes a la hora de explicar los abandonos terapéuticos. Siempre y cuanto, claro está, los investigadores interesados en todo esto aúnen sus esfuerzos y se trabaje con conocimiento de lo que los demás están trabajando y consiguiendo.

En definitiva, lo que se pretende expresar con este trabajo es la necesidad de estudiar y crear modelos racionales del proceso de intervención clínica. Modelos que sirvan a quienes los tienen que utilizar en su trabajo diario, y éstos no son otros que los terapeutas.

Posiblemente de esta manera se pueda llegar a salidas prácticas y útiles para los terapeutas que se enfrentan diariamente a las intervenciones terapéuticas con muchos interrogantes.

## BIBLIOGRAFIA

- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1983): *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press. 1979 (Trad. castellano. D.D.B. 1983).
- Carey, M.P.; Flasher, L.V.; Maisto, S.A.; Turkat, I.D. (1984): The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology*, 1984; 15, 515-527.
- Godoy, A. (1991): El proceso de la evaluación conductual. En: Caballo, V. (Comp) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, siglo XXI.
- Foa, E. y Emmelkamp, P.M.G (Comps.) (1983): *Failures in behavior therapy*. Nueva York, Wiley.
- Gavino, A. (1988): Problemas conceptuales y metodológicos en los tratamientos psicológicos: asertividad, habilidad y competencia social como ejemplo. En A. Fierro (Com.). *Psicología Clínica*. Madrid, Pirámide.
- Gavino, A. (1991): Las variables del proceso terapéutico. En V. E. Caballo. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI.
- Gavino, A. (1992): Terapia de conducta y obesidad: una breve reflexión. En M.A. Simón, *Comportamiento y salud*. Promolibro, Valencia.

- Gavino, A. y Godoy, A.** (1986): *Breve revisión de problemas en comportamientos interpersonales* (asertividad, habilidades y competencias sociales). Málaga: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Godoy, A. y Silva, F.** (1990): El proceso diagnóstico como una actividad técnico-científica. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos, 1990, vol. 7: *Diagnóstico y evaluación psicológica*, 65-69.
- Goldstein, A.P. y Kanfer, F.H.** (1979): *Maximizing treatment gains*. Nueva York, Academic Press, 1979 (trad castellana, D.D.B. 1981).
- Greenberg, L.S.** (1983): Psychotherapy process research. En C.E. Walter (Ed.). *The handbook of clinical psychology. Theory, research and practice*. Homeood, Illinois: Dow Jones-Irwin, 1983.
- Hadley, S.W. y Strupp, H.H.** (1976): Contemporary views of negative effects in psychotherapy: An integrated account. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, 1291-1302.
- Imber, S.D.; Pilfontis, P.A. y Glanz, L.**: Outcome studies in psychotherapy. En C.E. Walter (Ed.). *The handbook of clinical psychology: Theory, research and practice*. Homeood, Illinois: Dow Jones-Irwin, 1983.
- Lambert, M.T. y Bergin, A.E.** (1983): Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. En C.E. Walter (Ed.) *The handbook of clinical psychology: theory, research and practice*. Homeood, Illinois: Dow Jones-Irwin.
- Marks, I.**: *Cure and care of neurosis*. Nueva York: Wiley, 1981 (Trad. castellana, Martínez Roca, 1986).
- Mays, D.T. y Franks, C.M.** (Comps.) (1985): *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*, Nueva York: Springer.
- Ritchie, B.J.** (1980): Teorías del aprendizaje: un informe para el consumidor. En B. Wolman, *Manual de Psicología*. Vol. III. Barcelona: Martínez Roca, 1980, 17-88.
- Segura, M. (1985): La situación terapéutica y sus problemas. En J.A. Carrobbles, *Análisis y Modificación de Conducta II: Aplicaciones clínicas*, Madrid: Uned.
- Silva, F.** (1988): La evaluación psicológica como proceso. *Evaluación psicológica/ Psychological Assessment*, 4, 31-50.
- Turkat, I.D. y Meyer, V.** (1982): The behaviour-analytic approach. En Wachtel, P. L. (Ed.): *Resistance: Psychodynamic, and behavioural approaches*. New York: Plenum Pres, 121-178.
- Vizcarro, C.** (1987): Aproximaciones empíricas al estudio del proceso diagnóstico. *Evaluación psicológica/ psychological assessment*, 3, 299-344.